



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

**TERRITORIALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DA SAÚDE EM
MANACAPURU-AM**

GUILHERME VILAGELIM DE SOUZA

Manaus – AM

2019

GUILHERME VILAGELIM DE SOUZA

TERRITORIALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DA SAÚDE EM
MANACAPURU-AM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia do Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Amazonas, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Geografia

ORIENTADOR
PROF. DR. JOSÉ ALDEMIR DE OLIVEIRA

Manaus-AM
2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S729t Souza, Guilherme Vilagelim de
Territorialização e planejamento da saúde em Manacapuru-AM /
Guilherme Vilagelim de Souza. 2019
109 f.: 31 cm.

Orientador: José Aldemir de Oliveira
Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do
Amazonas.

1. Saúde Urbana. 2. Territorialização da saúde. 3. Observação
Social Sistemática. 4. Observatório de Saúde. 5. Manacapuru. I.
Oliveira, José Aldemir de II. Universidade Federal do Amazonas III.
Título

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein)

*A todos que, de alguma forma, renunciaram uma parte de suas vidas
em prol da coletividade.*

Dedico.

Agradecimentos

À essa força superior que vem clareando os nossos pensamentos e nos dando a firmeza necessária para continuarmos caminhando para onde queremos chegar, essa força que para muitos de nós é chamada de Deus.

Agradeço também, a minha família por desde sempre me incentivar e me dar condições de seguir nessa vida acadêmica, principalmente nesses períodos de inversão de valores, relativização da ciência e culto à ignorância.

Sou grato à Universidade Federal do Amazonas, minha querida UFAM, que ao longo desses anos me proporcionou momentos e oportunidades importantes para a minha formação profissional, como também, para a minha formação enquanto ser humano.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Geografia pela estrutura, pelo corpo docente e principalmente à Dona Graça Luzeiro, esse anjo bom que surgiu nas nossas vidas nos auxiliando a navegar nos meandros da burocracia acadêmica.

Quero ser mais que grato, a este ser de luz que aceitou ser meu orientador. Ao senhor professor Dr. José Aldemir de Oliveira, todas as congratulações pela paciência, compreensão e orientações para materializar essa dissertação.

Agradeço aos demais professores que foram de importantes na minha vida acadêmica: Nelcione Araújo, Ivani Faria, Samuel Lima, Flávia Santos, João Oliveira, Antônio de Pádua, José Seguinot, Tatiana Schor, Paola Santana, Geraldo Alves, Antônio Fábio, José Alberto, Deivison Molinari, Jesuette Pacheco, Amélia Regina, Davi Grijó, Tiago Maiká e Eduardo Pinheiro.

À FAPEAM pela bolsa de mestrado.

Ao Centro de Ensino de Tempo Integral Washington Régis, a diretora Odaléia Barros, os professores e principalmente aos alunos quero expressar a minha gratidão pela oportunidade e disposição de terem participado como sujeitos nesse estudo.

Não posso deixar de agradecer ao Núcleo de Estudos e Pesquisas das Cidades da Amazônia, o NEPECAB, lugar que por muitos anos foi minha morada, lá tive contato com o mundo da pesquisa acadêmica, e conheci pessoas maravilhosas. Muitas delas carregarei na memória, outras compartilharão da minha vida social e uma delas eu escolhi para caminharmos e construirmos uma vida juntos.

A ela, Fernanda Cidade, dedico todo este parágrafo para agradecer pela vida boa, brisa e paz e por nossas brincadeiras ao entardecer. Porque rir à toa é bom demais.

As boas risadas, que me distraíam e aliviavam a tensão que é o mestrado, agradeço aos meus amigos, Cirlene Santos, Diego Ken, Carla Cetina, Prof. Ivani, Marília Gabriela, Kevin Cocas, Abraão Zuza e Gercicley Santos. Sem vocês também, não teria chegado até aqui.

E por um anjo bom que esteve aqui, que foi e sempre será o motivo do meu caminhar.

RESUMO

A Geografia da Saúde (área temática deste estudo), desde a sua origem, tem sido calcada na resolução de problemas, permitindo a identificação de lugares e situações de risco, o planejamento territorial de ações de saúde e o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção. Diante disto, essa pesquisa avaliou a aplicabilidade da territorialização e do planejamento da saúde na cidade de Manacapuru. Para isso, foi realizado um estudo técnico-crítico sobre a discussão territorial na saúde, revisitando autores dedicados ao estudo da temática territorial. Além de uma análise holística-descritiva da territorialização da saúde na cidade, identificando as múltiplas territorialidades do município e os seus reflexos na distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde na sede urbana. E por fim, avaliou o entorno físico e social do local de moradia do Conjunto Residencial Ataliba David Antônio com o uso da Observação Social Sistemática gerando um Índice de Vulnerabilidade Social para esta localidade. Como resultado foi demonstrado que a simetria entre saúde e os processos socioespaciais identificados no território, pode ser analisada através de metodologias de pesquisa que caracterizem e elaborem indicadores sobre os atributos físicos e sociais da Unidade de Contexto, e também, estimule práticas participativas de investigação, abrindo a possibilidade de replicar este método para as demais localidades da cidade.

Palavras-chave: Saúde Urbana; Territorialização da saúde; Observação Social Sistemática; Observatório de Saúde; Manacapuru

ABSTRACT

Since its origin, Health Geography (thematic area of this study) has been focused on solving problems, allowing the identification of places and situations of risk, territorial planning of health actions and the development of prevention and promotion activities . In view of this, this research evaluated the applicability of territorialisation and health planning in the city of Manacapuru as to its conceptual meaning. For this, a technical-critical study was carried out on the territorial discussion on health, revisiting authors dedicated to the study of the territorial theme. In addition to a holistic-descriptive analysis of the territorialization of health in the city, identifying the multiple territorialities of the municipality and its reflections on the spatial distribution of health facilities in the city. Finally, he evaluated the physical and social environment of the housing place of the Residential Complex Ataliba David Antônio with the use of Systematic Social Observation generating a Social Vulnerability Index for this locality. As a result, it has been demonstrated that the symmetry between health and socio-spatial processes identified in the territory can be analyzed through research instruments that characterize and elaborate indicators on the physical and social attributes of the Context Unit and also stimulate participatory research practices, opening the possibility of replicating this method to the other localities of the city.

Key-words; Urban Health; Territorialization of health; Systematic Social Observation; health observatory; Manacapuru

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de localização da área de estudos	22
Figura 2: Mapa de localização da região de Saúde Rio Negro/ Solimões	46
Figura 3: Distribuição espacial dos múltiplos territórios em Manacapuru-AM	49
Figura 4: Distribuição espacial dos múltiplos territórios em Manacapuru-AM	48
Figura 5: Área dos Lagos em Manacapuru-AM	50
Figura 6: Área de Várzea do rio Solimões em Manacapuru-AM	51
Figura 7: Área de vilas e assentamentos com acesso à estrada em Manacapuru-AM	52
Figura 8: Área urbana de Manacapuru-AM	53
Figura 9: Gráfico da renda per capita de Manacapuru-AM por década.	55
Figura 10: Gráfico da população urbana de Manacapuru-AM.	56
Figura 11: Distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde da Família em Manacapuru-AM	57
Figura 12: Setores Censitários na cidade de Manacapuru-AM.....	59
Figura 13: Territórios de Estratégia de Saúde da Família na Cidade de Manacapuru - AM	60
Figura 14: População dos Territórios de Estratégia de Saúde da Família na cidade de Manacapuru-AM	61
Figura 15: Número de famílias nos Territórios de Estratégia de Saúde da Família na cidade de Manacapuru-AM	63
Figura 16: Localização das drogarias na cidade de Manacapuru-AM	67
Figura 17: Gráfico de número de residentes beneficiários de assistência médica suplementar (Planos de Saúde) em Manacapuru-AM.	68
Figura 18: Fluxo de atendimento na região de saúde Rio Negro/Solimões.	69
Figura 19: Localização do Conj. Residencial Ataliba David Antônio.	71
Figura 20: Questionário aplicado na pesquisa	82
Figura 21: Distribuição espacial das amostras.	84
Figura 22: Atividade de campo realizada em novembro de 2018.	85
Figura 23: Coleta e processamento das informações.....	86
Figura 24: Construção da Matriz de Indicadores no Qgis	86
Figura 25: Construção da Matriz de Indicadores no Qgis	88
Figura 26: Índice de Vulnerabilidade Social por quarteirão	89
Figura 27: Índice de Vulnerabilidade Social por subárea.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: ACS necessários para garantir a cobertura do serviço de acordo com a média estadual de pessoas por domicílio	64
Tabela 2: ACS necessários para garantir a cobertura do serviço de acordo com a média da área urbana da cidade de pessoas por domicílio	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Plano de trabalho apresentado à escola.....	79
Quadro 2: Critérios e variáveis.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANS- Agência Nacional de Saúde

CIR – Comissão Intergestora Regional

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FVS-AM - Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IVS - Índice de Vulnerabilidade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSS – Observação Social Sistemática

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistemas de Informações sobre Atenção Básica

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SIG – Sistemas de Informações Geográficas

PMCMV – Programa Minha Casa Minha Vida

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUSAM - Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. A DISCUSSÃO TERRITORIAL NA SAÚDE	24
1.1 Território na Geografia	24
1.2 Território na saúde	32
1.3 Territórios saudáveis	40
2. TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA CIDADE DE MANACAPURU	45
2.1. Territorialidades de Manacapuru	45
2.2. Distribuição espacial dos serviços de saúde	54
2.3. Desafios ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica na cidade de Manacapuru	70
3. PLANEJAMENTO DA SAÚDE A PARTIR DA OBSERVAÇÃO SOCIAL SISTEMÁTICA NO TERRITÓRIO	72
3.1 Vulnerabilidade Social e análise territorial	72
3.2 Situação de Vulnerabilidade Social no Conjunto Habitacional Ataliba David Antônio	78
3.3. Escola: um Observatório de Saúde da Comunidade	91
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
5. REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

Como uma estranha senhora que, hoje sorri e amanhã te devora¹, a cidade vem se tornando o lugar de morada para grande parte da humanidade, destarte a isto, o mundo está se tornado cada vez mais urbano, o que não significa dizer que o mundo é uma cidade. Esse ambiente escolhido para viver, mantém influências no comportamento e na saúde dos que habitam nele. Para tanto, a identificação dos determinantes sociais de saúde é uma meta a ser alcançada para minimizar os impactos desiguais negativos associados ao modo de vida urbano.

A falta de organização social, de oportunidades e de governança juntamente com a incapacidade de desenvolver políticas de saúde eficazes, produz um espaço urbano repleto de desigualdades, iniquidades e vulnerabilidades.

Para Caiaffa *et. al.* (2008, p.1794), o estudo da saúde das populações no ambiente urbano resulta em uma nova perspectiva de abordagem da própria saúde pública, requerendo transdisciplinaridade em que pesquisadores combinem conhecimentos das suas várias áreas para desenvolver teorias, conceitos e métodos apropriados e direcionados para o objeto de estudo, a saúde urbana.

Há uma concordância de que os atributos físicos e sociais definem o contexto urbano. Caiaffa *et. al.* (2008, p.1790) sugerem que intervenções mais promissoras para modificar a saúde urbana são aquelas que procuram fazer mudanças específicas nessas condições de vida, e ainda assumem o ambiente urbano num contexto amplo e multidimensional incluindo os ambientes físicos, sociais, econômicos, políticos e culturais.

A organização dos serviços de atenção básica à saúde voltada para o território, é uma dessas propostas, pois visam a melhoria da qualidade de vida urbana através dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde: universalização, equidade e integralidade.

Este serviço, é a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a cada dez vezes que alguém procura um serviço de saúde, em oito delas o problema poderia ter sido resolvido na Atenção Básica. A vacinação, pré-natal, diagnósticos clínicos, acompanhamento de doenças

¹ Luís Enriquez, Sérgio Bardotti e Chico Buarque de Hollanda. A cidade ideal, música do disco Os saltimbancos.

crônicas, saúde mental, tratamento de doenças como diarreia e amidalite, atendimento de pequenas urgências, cuidados à saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, entrega gratuita de medicamentos, entre tantos outros são procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou posto de saúde, cujo papel é atender a comunidade.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a responsável por realizar esses procedimentos. A sua atuação sempre leva em consideração o fato de que o usuário tem um contexto social e familiar específico. Por isso as equipes da ESF estão organizadas sobre uma base territorial, que também é justificada pela dimensão continental do país, exigindo uma racionalidade territorial na organização dos seus serviços.

A atenção básica se estabelece num território definido, que é também condição para sua existência e efetivação. Os modos de sua organização como proximidade, contato, acessibilidade, integralidade, entre outros, supõe certa ordem e estrutura territorial. Para Faria (2012) a definição do território de atuação das unidades básicas de saúde e de seus agentes é fundamental para se definir qual população se relaciona com qual serviço. Do contrário as ações se organizariam a partir da demanda, ou seja, da busca espontânea pelos serviços, o que levaria a um relacionamento fragmentado, momentâneo e seletivo, que são contrários aos seus princípios.

Ao contrário da atenção especializada², onde as pessoas se dirigem até o estabelecimento de saúde atrás dos seus serviços, a atenção básica vai de encontro com a sua população adscrita se antecipando aos agravos por meio de práticas de prevenção e promoção da saúde. Por isso a territorialização da saúde³, segundo (Faria, 2012), vem sendo proposta como forma de organizar o sistema de saúde em uma localidade.

A territorialização em saúde é definida enquanto um processo de apropriação do espaço por distintos sujeitos sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico,

² São atividades clínicas de diferentes especialidades e de custo elevado, normalmente realizadas em hospitais, clínicas, laboratórios, etc., e suas práticas são direcionadas para a correção de algum problema de ordem fisiopatológica (FARIA, 2012 p. 434)

³ Acredita-se que Unglert (1993; 1995) seja a primeira a usar e aplicar efetivamente o termo no Brasil. A autora explica que, no início da década de 1990, houve um movimento forte para o fortalecimento dos SILOS no Brasil a partir da implantação de distritos sanitários. Então, formou-se um grupo que passou a usar o método por ela proposto para subdivisão e localização de serviços de saúde no município de São Paulo (UNGLERT, 1986; 1990).

epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (UNGLERT, 1995, p. 32).

Para Teixeira *et. al.* (1998, p.20) o ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento da saúde é a territorialização do sistema municipal de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

Os autores defendem que a constituição de qualquer base organizativa dos serviços de saúde deve ser acompanhada do estudo dos contextos de uso dos territórios. O seu reconhecimento é o passo fundamental para o entendimento da população e de seus problemas de saúde e, ao mesmo tempo, a ferramenta para o planejamento de suas ações. Para Faria (2012, p.436), esse reconhecimento permite a elaboração de diagnósticos territoriais das condições de vida e saúde, construindo bases de informações importantes para a tomada decisão.

Para tanto, foi problematizado nesta pesquisa, se a aplicabilidade da territorialização, que no setor de saúde é tratada como uma técnica ou uma forma de organizar os serviços de saúde da cidade, estava de acordo com o seu sentido conceitual. Além disso, verificou-se qual o papel funcional que a cidade de Manacapuru exerce em sua rede urbana, e como o mesmo produz impactos no seu sistema de saúde.

Vale ressaltar que Geografia da Saúde (área temática deste estudo), desde a sua origem, tem sido calcada na resolução de problemas, permitindo a identificação de lugares e situações de risco, o planejamento territorial de ações de saúde e o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção de saúde. Um dos compromissos primordiais da Geografia da Saúde no Brasil é contribuir para a consolidação da política nacional de saúde do SUS e a redução das vulnerabilidades sociais (SCHOR *et. al.*, 2016, p.25).

Ao problematizar o sentido conceitual de territorialização que está sendo aplicada nas políticas locais da cidade de Manacapuru, não significa dizer que foram feitas discussões ontológicas acerca dos conceitos e dos derivativos da categoria território. É sabido que estes na sua essência, não mudam realidades. Porém a forma como são aplicados podem gerar equívocos e apropriações políticas indevidas.

A territorialização da saúde, que apesar de ser uma prática geográfica, necessita de mais análises geográficas para avaliar a sua aplicabilidade na organização dos

serviços de saúde, cabendo aos geógrafos o dever de prestar esclarecimentos teóricos e metodológicos para evitar reducionismos que se desencadeia em práticas deficientes.

Pelo fato de ser um derivativo de território, esta análise procurou enfatizar que a territorialização tem o seu caráter processual, onde deve ser entendida como a apropriação do espaço por distintos atores sociais e suas distintas territorialidades, podendo ser definida como processo desencadeado pelas relações sociais em espaços e tempos determinados que dão existência e vida ao território (FARIA, 2012).

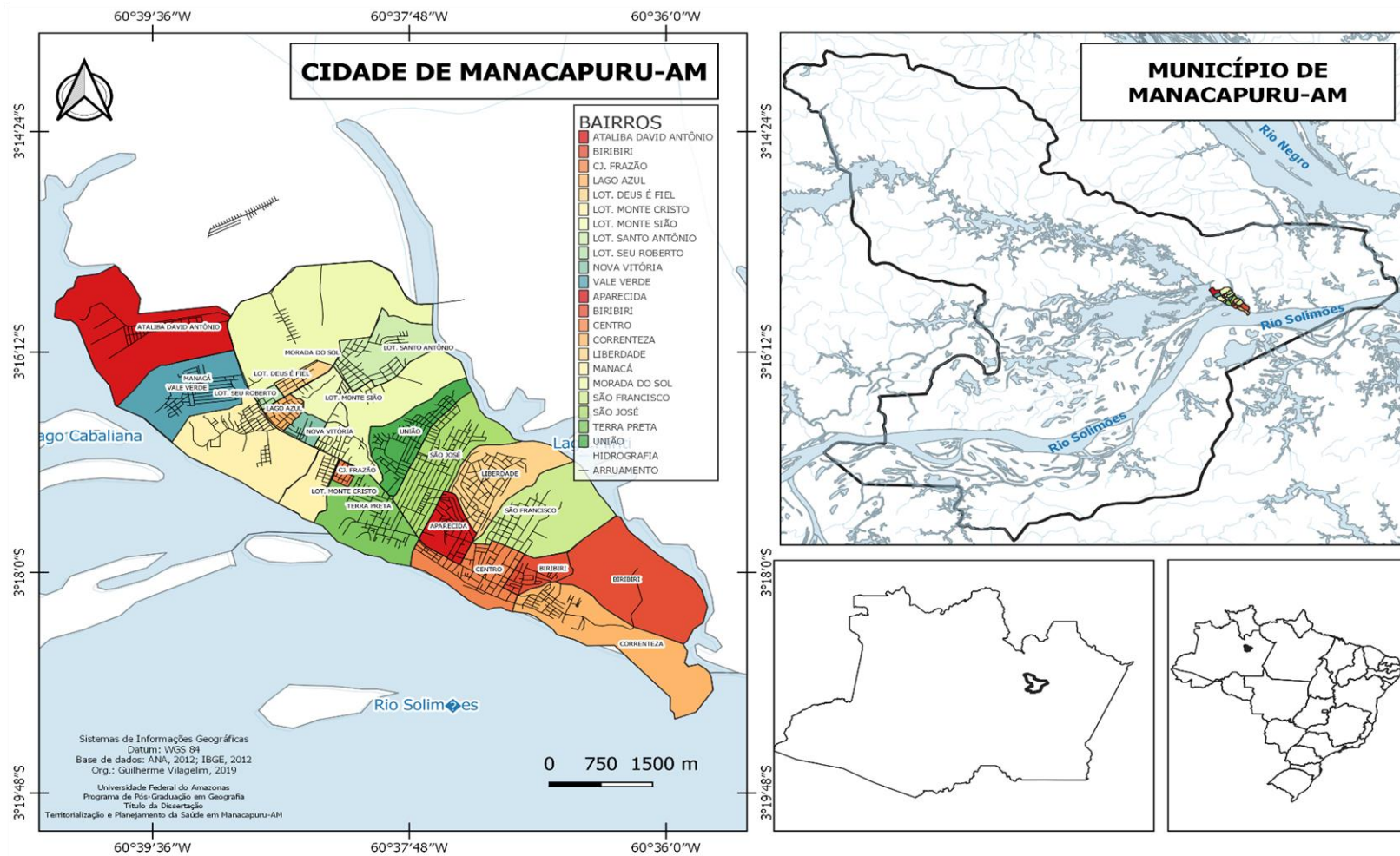
Além do seu caráter processual, este derivativo também possui as suas dimensões sociais de análise. A primeira segundo Haesbaert (2004), é a dimensão enraizadora que está mais diretamente ligada às iniciativas político-culturais do que ao domínio do capital, sobretudo relacionado com a globalização. A outra é a dimensão desenraizadora, portanto, desterritorializadora.

A territorialização deve ser entendida como um movimento produtor de territórios, porém, só pode ser discutida no contexto das estratégias de apropriação social do espaço. Tais estratégias, são as territorialidades postas em prática, que se alteram historicamente conforme as condições sociais dadas.

O desenvolvimento da pesquisa envolvendo o caráter processual e a dimensão social de análise da territorialização, foi uma das formas de mostrar a complexidade do território que não pode ser esquecida quando a territorialização for selecionada como conceito e como técnica de intervenção de dada realidade, no caso específico da cidade de Manacapuru situada no Estado do Amazonas.

Manacapuru é um município brasileiro localizado à margem esquerda do Rio Solimões, na Região Metropolitana de Manaus. É a quarta cidade mais populosa do estado com 96.236 habitantes, segundo estimativas do IBGE de 2018. Segundo Ferreira e Sousa (2014), ela desempenha um importante papel na rede urbana regional, sua situação geográfica possibilita que diversos outros lugares tenham acesso a capital através da Rodovia Manuel Urbano (AM 070), como pode ser visto no mapa da figura 01 abaixo.

Figura 1: Mapa de localização da área de estudos



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

É importante ressaltar que a Geografia, assim como várias outras ciências, utiliza-se de categorias de análises para basear os seus estudos. Trata-se da elaboração e utilização de conceitos básicos que orientem o recorte e a análise de determinado fenômeno a ser estudado. Não podemos esquecer que essas categorias e conceitos não são exclusivos da Geografia, podendo ter outros significados quando utilizados em outras ciências ou pelo senso comum. Além disso, essas não são necessariamente as únicas categorias dessa ciência, mas apenas as mais adotadas com frequência pelos geógrafos em seus estudos, e nessa pesquisa, o território foi a categoria de análise geográfica escolhida.

A partir do que foi problematizado, esta pesquisa traçou como objetivo geral analisar a territorialização e o planejamento da saúde na cidade de Manacapuru-AM.

Como objetivos específicos, para se chegar ao que está se buscando, foram percorridas três etapas procedimentais, iniciadas com a realização do estudo técnico-crítico sobre a discussão territorial na saúde, revisitando autores dedicados ao estudo da temática territorial.

Seguido por uma análise holística-descritiva da territorialização da saúde na cidade de Manacapuru, identificando as múltiplas territorialidades do município e os seus reflexos na organização espacial dos serviços de saúde e a distribuição espacial dos estabelecimentos na cidade.

E por fim, a avaliação do entorno físico e social do local de moradia do Conjunto Residencial Ataliba David Antônio com o uso da Observação Social Sistemática gerando um Índice de Vulnerabilidade Social para esta localidade.

Para o desenvolvimento dos objetivos traçados para se compreender o problema, foram realizadas, primeiramente, etapas procedimentais metodológicas de revisão bibliográfica, pesquisa documental e consulta a periódicos, ressaltando-se o cuidado teórico, metodológico e empírico que toda pesquisa deve ter.

Após ao levantamento bibliográfico da temática territorial e os seus instrumentos de análise espacial, foram realizadas visitas a campo junto a Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru para solicitação de dados referentes ao atendimento e das áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde.

Depois da coleta de dados na Secretaria, foi realizado um trabalho em conjunto com o Centro de Ensino de Tempo Integral Washington Régis, onde foi apresentada a proposta de oficina de metodologias para campo que visava capacitar os alunos e professores para o desenvolverem diagnósticos situacionais da comunidade em que

a instituição está inserida. Foram envolvidos na oficina 32 estudantes do 7º ano e 2 professores no total.

A partir desta oficina, foram desenvolvidos trabalhos de campo com esta equipe que geraram informações primárias quanto às características físicas e sociais de vizinhança do Conjunto Ataliba, servindo de base para a construção da matriz de indicadores de vulnerabilidade social da localidade.

Essas três etapas forneceram as informações necessárias para a elaboração do texto final desta dissertação, que ficou estruturada em três capítulos. **O primeiro** intitulado “Discussão Territorial na saúde” mostra a origem, a importância, os principais autores e as principais alterações no seu significado sofridos ao longo do tempo. Seguido pela construção do entendimento de como esta categoria de análise geográfica ganhou projeção no campo das ciências da saúde, ao ponto de se tornar referência tanto no planejamento e gestão quanto para nortear indicadores de qualidade de vida da população, e por fortalecer as políticas locais de saúde através da construção de territórios saudáveis.

O segundo capítulo intitulado “Territorialização da saúde na cidade de Manacapuru”, identificou as múltiplas territorialidades do município e os seus reflexos na organização espacial dos serviços de saúde da sua sede, sobretudo os da atenção primária, analisando a distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde da Família na cidade, mostrando como estão distribuídos os seus territórios de abrangência, as suas principais linhas de trabalho, a sua importância, os principais entraves deste serviço e o perfil epidemiológico da cidade.

O terceiro capítulo intitulado “Planejamento da saúde a partir da Observação Social Sistemática no território” analisou o papel do entorno físico e social do local de moradia frente a qualidade de vida da população. Este estudo propôs o uso da Observação Social Sistemática na investigação dos aspectos de vulnerabilidade social do Conjunto Residencial Ataliba David Antônio, diagnosticando a situação de saúde deste território, a partir de um trabalho em conjunto com os alunos da escola do bairro. Mostrando na prática o uso de instrumentais tecnológicos para análise territorial.

CAPÍTULO 1 - A DISCUSSÃO TERRITORIAL NA SAÚDE

Le pouvoir est capable de construire un territoire - de se projeter à travers lui - et donc de limiter sa puissance sur l'espace.

Claude RAFFESTIN

Pour une Géographie du pouvoir. (1980, p.143)

Este capítulo tem como objetivo, a discussão sobre esta categoria fundamental da geografia, o território, mostrando a sua origem, os principais autores, qual a sua importância e quais foram as principais alterações no seu significado sofridos ao longo do tempo. Em seguida, procurou-se construir o entendimento de como esta categoria de análise geográfica ganhou projeção no campo das ciências da saúde, ao ponto de se tornar referência tanto no planejamento e gestão quanto para nortear indicadores de qualidade de vida da população, e por fortalecer as políticas locais de saúde através da construção de territórios saudáveis, esclarecendo a não existência de qualquer forma de dicotomia, mostrando que o conceito de território em ambos os campos do saber é o mesmo.

1.1 Território na Geografia

A literatura geográfica vem nos mostrando a multiplicidade e a mutabilidade do conceito de território, que está em constante processo de evolução. Stürmer e Costa (2017, p.51) nos alerta de que a utilização deste conceito sem consulta à esta literatura, produziu inúmeras noções errôneas que hoje subsidiam políticas públicas e orientam ações de governo e ainda contam com a ampla divulgação por meios de comunicação de massa e mídias sociais.

É inegável que os outros campos do saber já perceberam o quão valioso é esta ferramenta de análise, de interpretação e de reflexão das diferentes formas de apropriação, uso e ocupação do espaço. Por conta disto, Stürmer e Costa (2017, p.52) ressaltam que os geógrafos devem ter como atividade rotineira, retomar os conceitos básicos desta categoria e visitar autores dedicados ao estudo da temática territorial. Com a finalidade de fornecer um panorama de definições e propor um uso mais correto do termo.

Neste panorama, a literatura amplamente divulgada e conhecida dos geógrafos aponta que o território é diferente e posterior ao espaço, sendo este, uma porção delimitada por uma relação de poder ou de posse (RAFFESTIN, 1993). Logo em seguida, há a ressalva de que as apropriações espaciais simbólicas, também, são formas primárias de território, pois é por meio delas que surgem as territorialidades (que é a percepção do poder exercido), ainda que momentâneas, esporádicas e mais ou menos perceptíveis em seu movimento.

Para Andrade (1995), a territorialidade pode ser definida como processo subjetivo de conscientização e sentimento da população de fazer parte de um território, de integrar e criar uma confraternização entre as mesmas.

No campo das ciências jurídicas, especificamente na Teoria Geral do Estado, que é de origem alemã, o território é o elemento espacial do Estado moderno. É o espaço no qual e sobre o qual o Estado afirma seus direitos de soberania e governo. Para Dallari (2015), esse espaço tem várias dimensões como: espaço territorial (solo e subsolo); espaço fluvial (rios e lagos); espaço aéreo; espaço marítimo (mar territorial, plataforma continental e alto mar); e espaço ficto (embaixada, navios e aeronaves).

Este Estado moderno surge como uma nova entidade política entre o final da Idade Média e a Revolução Francesa. É no *Contrato Social*⁴ que repousam as bases da sua concepção. Neste modelo, o indivíduo aceita se submeter às ordens de um dirigente que passa a representar a ordem pública e a vontade coletiva. É a passagem do poder emanado pela autoridade divina do soberano na legitimação da autoridade política do Estado moderno baseada em considerações políticas racionais.

Num verdadeiro Estado democrático, o território, além de espaço jurídico e político, é também espaço moral, ético e humano, pois é nesse espaço que vive o elemento humano, seu empreendedor, criador, governante e soberano: o povo. Além do mais, o território é também fonte de recursos naturais e ou materiais do Estado.

Atrelado a isto, uma das primeiras definições de território, que norteou a sua definição dentro do Direito foi concebida por Friedrich Ratzel (1844 – 1904) entendendo-o como solo, chão (*boden*) e o povo, a população. Para Ratzel (1990), o

⁴ O Contrato Social de Jean Jacques Rousseau, publicado em 1762 permanece como obra influente até os dias de hoje, pois aborda temas importantes para que se entenda a constituição do Estado político, da vida em sociedade, dos direitos civis, entre outros (JUSBRASIL, 2014).

território era o substrato sobre o qual se organizava a sociedade, mas de modo a constituir um Estado – o Estado Moderno.

O pensamento desse autor ganha relevância nesse contexto, pois encontrava-se vinculado ao projeto de construção do Estado nacional alemão e na legitimação do expansionismo territorial do *Reich*. Para o mesmo, o progresso de uma sociedade estava atrelado ao tamanho do seu território, justificando o expansionismo como fator natural. Isso tanto explica quanto exemplifica porque o conceito de território foi fortemente associado ao referencial político do Estado.

Para Ratzel (1990) a sociedade é o organismo que mantém fortes relações com solo por questão de sobrevivência. É o território que dá solidez ao Estado, que só pode ser concebido junto a ele:

Não é possível conceber um Estado sem território e sem fronteiras [...] assim também a sociedade mais simples só pode ser concebida junto com o território que lhe pertence. O fato de estes dois organismos estarem ligados ao seu solo é a consequência natural da ligação evidente que une a criatura humana à Terra (RATZEL, 1990, p. 73).

O discurso de Ratzel, nos mostra que o surgimento do Estado se dá quando há uma organização da sociedade para defender e ou expandir o seu solo, ou melhor, o seu território. Portanto, a Antropogeografia⁵ de Ratzel vem nos mostrar a importância do território e a sua relação com a sociedade, o Estado e o Poder.

O conceito de espaço vital se consolida a partir dessa linha de pensamento. Para Ratzel (1990) as condições espaciais e naturais seriam imprescindíveis para a manutenção ou consolidação do poder do Estado sobre o seu território. O fortalecimento de determinada sociedade ou povo, estava relacionado à quantidade de recursos naturais que a mesma possuía, portanto quem dispusesse de melhor espaço vital estaria mais apta a se desenvolver e a conquistar outros territórios.

Na visão La Blache (1994) o território não era apenas reivindicação única e exclusiva dos Estados Nacionais, outros grupos organizados, mesmo nos mais baixos graus de escala social, também reivindicam seus territórios. Entretanto, o autor não

⁵ Antropogeografia –fundamentos da aplicação da Geografia à História (1882). Nesta obra Ratzel definiu o objeto geográfico como o estudo da influência que as condições naturais exercem sobre a humanidade, ou seja, tais condições naturais “moldaria” o caráter humano, onde este refletiria na sociedade tanto em suas posses como na sua cultura. (MORAES, 2003).

discordava da força e do poder do Estado como ator principal e do seu protagonismo sobre os outros grupos sociais.

Paul Vidal de La Blache demonstrou que, do ponto de vista geopolítico, não estava tão distante de Ratzel, estando também convencido de que território e poder eram sinônimos. Ele criou na geografia a escola nacional francesa, para produzir saberes e consolidar o poder do Estado francês.

Enviesado por essa escola, Foucault (2008) identifica o território como uma forma geopoliticamente restrita e, geograficamente tradicional, vinculada sobretudo ao poder soberano e centralizado do Estado. O autor propõe a seguinte tipologia de Estados; o Estado de justiça, pautado numa territorialidade do tipo feudal; o Estado administrativo (iniciado nos séculos XV e XVI), pautado na territorialidade fronteiriça e no poder disciplinar; e o Estado governamental ou "governamentalizado", centrado não no território, mas na população, e que enaltece a ciência econômica (a economia política), exercendo o controle social por meio dos chamados dispositivos de segurança. (Foucault, 2008, p.32).

O território, assim, parece restrito à base ou substrato físico sobre o qual será ou é exercida a soberania estatal, separado até mesmo de seu elemento mais relevante, a população. Entretanto, Foucault (2008) compreendeu que ao lado do aparelho estatal existe uma rede de micropoderes e que o poder é a ação sobre as ações, é uma força que não age apenas de cima para baixo, mas que se direciona sim de um indivíduo para o outro e vice e versa, mostrando que o poder está disseminado por toda estrutura social.

Assim, deve-se deduzir que o território, enquanto vinculado ao poder soberano do Estado se dá efetivamente num espaço ocupado, em toda a sua multiplicidade humana. Embora para Foucault (2008) o território seja a marca da sociedade pautada sobretudo pelo poder soberano, na figura do Estado liberal.

A sua principal contribuição ao entendimento do conceito na ótica geográfica, foi o que ele denominou de "meio": o espaço em que se dá a circulação. Lembrando que o autor visava compreender os mecanismos do poder e como a partir dele, explicar como ocorre subjetivação dos indivíduos em suas redes.

O autor recupera a expressão "meio" em sua significação original, ligada ao espaço que permite os fluxos, em que a circulação se processa. Neste sentido, trata-se de reconfigurar a expressão território, agora moldada muito mais por um de seus elementos indissociáveis, as redes. O território, portanto, para Foucault (2008)

mantém a dimensão imanente, qual seja, toda a forma de espaço ligada às estruturas de poder, porém, não apenas ao poder soberano do Estado, mas também, das redes de micropoderes.

O geógrafo Claude Raffestin (1993) faz a ponte conceitual entre o território que é criado pelo poder do Estado e o território construído pelo poder de outros atores. O autor discorda da concepção ratzeliana de que o poder é centrado no Estado, para ele, o poder político existe em toda forma de organização.

Para Raffestin (1993), essa concepção de poder centrada ao Estado, é a negação do poder do povo em detrimento do poder territorial hierarquizado do Estado, caracterizando a geografia humana de Ratzel como geografia política. Segundo o mesmo autor, o poder não é único e unidimensional, fato que o aproxima da concepção de poder foucaultiana, considerando-o como algo que é exercido e não adquirido.

O autor destaca a comunicação e a circulação como reflexos do poder, pois ambas estão presentes nas estratégias de dominação das superfícies e pontos dos territórios. Nesse contexto destaca-se um aspecto contraditório do território, onde “[...] o poder é capaz de construir um território – projetar-se por meio dele – e, assim, limitar seu poder sobre o espaço” (RAFFESTIN, 1993, p.143).

Essa contradição nos mostra que espaço é a realidade inicial para a produção do território no qual é a cena do poder e o local onde ocorrem as relações. Para Raffestin (1993), o espaço antecede o território, visto que o espaço representado se torna território, pois alguém se apoderou dele.

Essa limitação é justificada quando Raffestin (1993) conceitua território e o diferencia do espaço, como:

Um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a ‘prisão original’, o território é a prisão que os homens constroem para si (RAFFESTIN, 1993, p. 144).

Na geografia clássica, os conflitos, também podem ser considerados como elementos constitutivos do território, ainda que não oficial. Sem estes, as desapropriações seriam realizadas pelo bom senso e as invasões seriam sem força opositora e as guerras não teriam mortos e feridos. Portanto todo território possui

divergências, antagonismos, embates, ofensivas, resistências e reações (RATZEL, 1990).

Na geografia contemporânea, vários autores consideram que a presença dos conflitos torna os territórios mais dinâmicos. Souza (2008) conceitua território como um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder. Para Zibechi (2015) este conceito de território, introduz uma nova forma de ver o conflito social, agora ligado às relações sociais e de poder que dão forma aos territórios. Mesmo diante da sua contínua desestruturação e da permanente reconfiguração.

Os territórios são construídos e desconstruídos, podendo ter caráter permanente ou existência periódica, cíclica, ou seja, não precisam estar reduzidos à escala nacional e associados à figura do Estado (SOUZA, 2008, p. 81).

Essa dissociação do território com a figura estatal, foi a principal alteração no seu conceito. Neste sentido, concordamos com Stürmer e Costa (2017), quando veem em Milton Santos (2005) uma concepção de território em que o mesmo antecede o espaço geográfico, dando peso maior a materialidade e ao social. Na obra deste autor, o conceito foi atualizado ao ponto de estar à altura dos desafios emergentes do mundo contemporâneo, e passou a ser uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. Segundo Stürmer e Costa (2017), o autor produziu uma evolução positiva no conceito de território, aperfeiçoando-o ao longo de três décadas para se chegar em novas compreensões desta categoria, que foram sintetizadas no decorrer deste texto, por não ser o objeto central da discussão.

Em Milton Santos esse processo se inicia na obra *Por uma Geografia Nova* (1978) em que aparece o território como sendo utilizado pelo povo que o cria a partir do espaço. Neste sentido, o território tem como a sua principal característica, ser imutável, portanto um dado fixo. Seguido por *Espaço e sociedade* (1979) mostra o território como palco do capital que prolifera através da divisão internacional do trabalho, especialmente nos países periféricos.

Na década de 1980, *Espaço e método* (1985) traz o território associado à ideia de palco das atividades criadas a partir da herança cultural de um povo. O território deixa de ser apresentado como forma definitiva, imutável, pois agora encontra-se articulado ao espaço mundial. Em *Metamorfoses do espaço habitado* (1988) reflete o momento histórico. O território apresenta especializações e recebe novos papéis, tendo suas partes (lugares) sofrido uma revalorização.

Na obra *Técnica, espaço e tempo* (1994), o território inclui ciência, tecnologia e informação: é a superposição de sistemas de engenharia diferentemente datados e usados segundo tempos diversos. O território é atingido pelo processo de racionalização da sociedade. Em *A Natureza do espaço* (1998) traz a compreensão do território como “território usado”. Ele é histórico e seus objetos têm conteúdo técnico e social. O território é construído historicamente, cada vez mais, como negação da natureza natural, revelada pelos objetos. E é esta concepção de território que ganha espaço nas ciências da saúde.

Na obra *Por uma outra globalização* (2008) a análise territorial acolhe vetores da globalização que impõem nova ordem, ao mesmo tempo em que se produz a contraordem. O território como palco se transforma em ator, e Santos (2008) justifica que:

O território não é um dado neutro nem um ator passivo. Produz-se uma verdadeira esquizofrenia, já que os lugares escolhidos acolhem e beneficiam os vetores da racionalidade dominante, mas também permitem a emergência de outras formas de vida. Essa esquizofrenia do território e do lugar tem um papel ativo na formação da consciência (SANTOS, 2008, p. 80).

Com isso a identidade e o pertencimento, que antes eram negligenciados (por conta da isenção do elemento humano na abstração das análises territoriais densamente técnicas), agora aparecem para fortalecer a conotação social e estreitar a relação entre território e população.

O acolhimento dos vetores da globalização mostra que os territórios estão ligados em redes, o que para Dias (2008) são conexões instantâneas e simultâneas que favorecem as estratégias de circulação e comunicação. Para o autor, os territórios atuais se organizam através das redes, o que é evidenciado neste estudo quando se analisa a dinâmica territorial dos serviços de saúde na cidade de Manacapuru.

Considerada como uma cidade média de responsabilidade territorial⁶, ela desenvolve atrativos para que os serviços públicos de saúde sejam usados pela população dos municípios circunvizinhos, principalmente os da calha do rio Solimões.

⁶ As cidades de responsabilidade territorial exercem diversas funções urbanas e contém arranjos institucionais que são importantes não só para o município da qual são sede, mas para as cidades e municípios ao seu redor, e principalmente para o que no Amazonas configura-se como interior do próprio município. A importância da cidade tem origem no desenvolvimento histórico-geográfico que constituiu a região e a rede urbana. O desenvolvimento econômico dessas cidades tende a agregar

Para melhor entender esses fluxos, atualmente autores como Marcelo Lopes de Souza (2008) e Rogério Haesbaert (2010) evidenciam a necessidade de reformulação dos conceitos de território e de seus derivativos (multiterritorialidades, territorialização, transterritorialidade, des-territorialização e re-territorialização) para dar conta dos fenômenos geográficos.

Haesbaert aponta que o território tem seu foco principal no campo das práticas, ou seja, das articulações espaciais de poder. O autor considera que estamos nos dirigindo a uma sociedade em rede, e que precisamos pensar os territórios cada vez mais interligados, formando o que mesmo chama de território-rede (HAESBAERT, 2010, p. 178).

A concepção de território desenvolvida por Haesbaert (2010), é de dimensão espacial que se revela em processos de dominação mais concretos, tanto pela produção material quanto em termos jurídico-políticos. É também espaço apropriado em termos imateriais na produção de identidade, subjetividade e simbolismos com certo lugar. O território também assume um viés multidimensional (político-jurídico, econômico e culturalista) e os movimentos dos agentes e grupos entrando e saindo de territórios (tidos como seus e de outros) manifesta os processos de des-territorializações e re-territorializações.

A ideia de múltiplos territórios para Haesbaert (2010) decorre das características atuais do capitalismo e da sociedade pós-moderna que se expressam através de territórios areais/zonais e territórios em rede, evidenciando nos interstícios dessas duas categorias uma variedade de formas de territorializações.

As multiterritorialidades, derivativo importante na visão de Haesbaert (2010), admitem dimensões quantitativas (de se ter vários territórios ao dispor) e qualitativa (de intervenção e vivência em diferentes territórios/territorialidades), e se expressam nas práticas sociais cada vez mais multi/transescalares e fragmentadas em territórios rede ou reticulares, admitindo dimensões tecnológico-informacionais (ciberespaço), dimensões de poder político (compressão espaço-tempo e geometrias de poder) e

e/ou desagregar valor na região dependendo de que conteúdo o desenvolvimento assume (SCHOR; MARINHO, 2013 p. 254).

O termo responsabilidade territorial utilizado neste sentido é oriundo da palestra do geógrafo Jan Bitoun "Observar em redes: implicações políticas, geopolíticas e técnico-científicas" realizada no Seminário Internacional Cidades na Floresta, em 01 de dezembro de 2006, Belém.

dimensões culturais e simbólicas (identificação territorial que pode ser escala planetária).

A transterritorialidade é outro derivativo do território que para Haesbaert (2010), implica na possibilidade de trânsito compulsório entre diferentes territórios e da vivência em múltiplas territorialidades, sendo também uma forma de contornar a situação de precarização da vida em limites exclusivistas.

Para Souza (2008) é possível refletir sobre a ideia de desterritorialização com as categorias absoluto e relativo. A desterritorialização absoluta está vinculada ao pensamento e à criação, criar algo novo implica em romper com os territórios pré-existentes (territorialidades imateriais), demandam novos agenciamentos. Já, a desterritorialização relativa se desenvolve na ação do Estado e do capital, das máquinas capitalistas, na sobrecodificação de antigas territorialidades de sociedades pré-capitalistas, se colocando no plano da materialidade e da representação.

A desterritorialização e as re-territorializações são como incessantes processos de construir, destruir e reconstruir vínculos de identidades com certos espaços, vínculos estes tanto materiais quanto simbólicos (HAESBAERT, 2004).

Portanto, a multiplicidade e a mutabilidade das definições de território disponíveis, ampliaram as possibilidades de uso e a complementaridade entre elas, o que contribuiu para a produção e o diálogo interdisciplinar tão visados nas investigações científicas, sobretudo nas de saúde.

Nota-se que esta categoria ainda não teve o seu entendimento esgotado, e que as definições trazidas desde Ratzel até àquelas nascidas e incrementadas pela teoria miltoniana do espaço, guardam um poder explicativo válido para interpretação da realidade do território em tempos de globalização fragmentada.

1.2 Território na saúde

Para entender o papel do território na saúde, precisamos ampliar o conceito de saúde para ver mais que a doença, ou a ausência da mesma, o que significa vê-la como qualidade de vida. Ainda que pareça muito vaga a compreensão da saúde como qualidade de vida, essa definição consegue explicar que a saúde e a doença são resultadas de processos de produção social, determinada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, portanto devem ser pensadas para além das manifestações individuais (BRASIL, 2002).

“Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar”, a frase de Barcellos *et al* (2002, p.130) segue a linha de pensamento que mostra o entendimento sobre lugares e contextos de vida como fatores preponderantes que se sobrepõem (em tese) ao que Lima (2016, p.11) pondera como conhecimento biomédico, “hospitalocêntrico” e “medicalizante” dominante, garantindo as ciências que se preocupam com as realidades sociais o seu credenciamento na discussão multidisciplinar da saúde, principalmente, quando percebermos a sua determinação social.

Nessa perspectiva a discussão é multidisciplinar e multiescalar. Há o destaque para ciência geográfica que faz do lugar uma das suas categorias de análise, trazendo fatores a serem observados como, por exemplo, a afetividade, as relações de pertencimento e a percepção dos indivíduos numa escala do cotidiano combinando as suas histórias de vida com o processo histórico do lugar, constatando que os indivíduos pertencem aos lugares porque ajudaram a construí-los, enquanto foram sendo construídos por eles.

Nesse processo do entendimento dos lugares e da saúde, três categorias geográficas complexas são fundamentais para a análise de contextos de vida; o espaço, a região e principalmente o território que segundo Lima (2016, p.11) é a base da organização da atenção primária à saúde na concepção da “Estratégia de Saúde da Família”, e também a categoria de análise norteadora deste estudo.

A categoria espaço, nos mostra como vem se estruturando a saúde e a qualidade de vida das populações dos centros urbanos ao longo dos anos, bem como as mudanças na circulação de pessoas e mercadorias e o grau complexidade econômica que deram margem ao desenvolvimento desigual e combinado (SANTOS, 2004, p.37), justificando as iniquidades dos serviços públicos de saúde⁷ e a constituição de lugares insalubres.

A segunda categoria, a região, determina a estrutura organizacional deste campo multidisciplinar que optou em diferenciar áreas a partir da diversidade de critérios e juntar outras que se assemelham ou que se complementam de alguma

⁷ As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead (1992), são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil

maneira, a fim de democratizar e dar equidade no seu acesso. Como por exemplo as Comissões Intergestoras Regionais (CIR)⁸.

A terceira categoria, o território, que já foi discutida no item anterior, terá maior ênfase neste tópico, para se mostrar especificamente a sua importância no processo de fortalecimento das políticas comunitárias de saúde. A proposta de reconfiguração territorial dessas políticas tem como meta a redução dos riscos e vulnerabilidades, estas propostas fazem parte de um “pacote” de soluções coletivas para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida das comunidades com autonomia e participação social.

A concepção de território usado, que surge a partir de Santos (1998) vem ganhando relevância no campo das ciências da saúde. O fortalecimento da conotação social desta ferramenta de análise vem aproximando-a do conceito de lugar.

Por intermédio da categoria território usado, Souza (1996) acredita que o planejamento da vigilância em saúde pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço, que, por sua vez, modifica-se conforme a dinâmica das relações sociais. Assim, a escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Esses territórios abrangem, por isso, o conjunto indissociável de objetos cujos conteúdo são usados como recursos para a produção, habitação, circulação, cultura, associação e lazer.

Silveira (2011), retomando a definição de Santos (1998), considera que o território usado é sinônimo de espaço geográfico, o espaço concreto dos homens, o espaço de todos e todo o espaço marcado por um contexto histórico. E a proximidade citada acima é compreendida quando Santos (1999) define que:

O território é o lugar em que se desembocam todas as ações todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência (SANTOS,1999).

⁸ CIR é um Órgão de instância colegiada, não paritário, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006), constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais (AMAZONAS, 2016)

Lima (2016) aponta a importância dessa proximidade entre território e lugar para o estabelecimento de ações e práticas de saúde que se ampliem sobre a clínica descontextualizada e permitam construir prevenção e promoção da saúde, para uma assistência à atenção primária, com integralidade e resolutividade.

A proximidade entre essas duas categorias de análise da geografia se mostra presente, também, quando falamos sobre os determinantes sociais da saúde⁹ e dos contextos cotidianos que podem afetar a saúde.

Para Raffestin (1993) Santos (2004), Saquet (2007), o território é o resultado do processo histórico de construção do lugar, com relações multiescalares, a partir da vida cotidiana, mas passando por processos que são determinados em outras escalas.

Saquet (2007) entende que território e lugar são como uma construção social resultante das manifestações da existência humana quando afirma que:

O território é construído socialmente, através da interação mútua entre sujeitos e lugares/territórios. Interações que formam redes locais de sujeitos, com relações entre si, com o (e no) território e as redes extralocais, ou seja, significam relações multiescalares (SAQUET, 2007 p.56).

Lima (2016) buscando aplicar a categoria para o entendimento das áreas de atuação das instituições de saúde afirma que para Saquet (2007), o território é apropriado e construído socialmente no cotidiano, a partir da territorialização que é produzida por processos espaço-temporais e multiescalares, com desigualdades, diferenças, ritmos e identidades.

A forma como essa construção social do território é feita, nos mostra a sua influência na saúde dos indivíduos e da coletividade. A territorialização é uma realidade empírica resultante da ação deliberada de territorializar a saúde, que no entendimento de Lima (2016) significa organizar os serviços de atenção à saúde a partir do território.

Isso ocorre porque, ao conhecermos o território, automaticamente conhecemos os contextos de vida das pessoas. Daí surge a necessidade de discutir

⁹ A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde apresenta a seguinte definição para os Determinantes Sociais da Saúde: “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, P. 78).

mais o território e as territorialidades de saúde com os sujeitos que lá vivem, sempre considerando suas necessidades e experiências, para então, compreendermos melhor a doença, a saúde e a qualidade de vida.

No campo prático, isso seria territorializar a saúde, que conceitualmente significa perceber as relações territoriais e desenvolver vínculos entre os serviços de saúde com a população, permitindo aproximação dos profissionais da saúde ao contexto de vida dos sujeitos para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde da população (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Segundo os autores a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se a atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. Entretanto, a territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância.

No entanto, na visão de Monken e Barcellos (2005), essa estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizado de forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Essa negligência está relacionada com a concepção de saúde, pautada no modelo médico-assistencial. Essa concepção faz com que o setor saúde não consiga utilizar corretamente a territorialização para mitigar os problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social.

Um dos termos largamente empregados para descrever a relação serviço-território-população é a *adscrição*, que diz respeito ao território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família - ESF (BRASIL, 1997).

Esta relação é explicitada em documento oficial de anterior (BRASIL, 1994) que trata da organização do programa – ESF, segundo o qual cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 800 e 1000 famílias. Posteriormente (BRASIL, 1997), a *adscrição* é definida no item “diretrizes operacionais” no qual as regras passam a ser mais flexíveis, devendo residir na área entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes.

O Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (E-SUS, 2018) orienta as divisões territoriais das Equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF, com lógica centrada e exclusiva de quantidade de população a ser atendida.

A organização do trabalho da ESF e a estrutura dos dados gerados pelo programa se baseiam em uma rede hierárquica em que o nível mais próximo de agregação de dados é a família.

A territorialização, segundo estes princípios, é vista como uma etapa da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS¹⁰ e posteriormente a ESF. As equipes devem definir à priori a população a ser atendida, o que é colocado, inclusive como requisito para o financiamento do programa pelo Ministério da Saúde (E-SUS, 2018).

De acordo com o E-SUS AB (2018) este processo implica no cadastramento e adscrição de população a ser atendida por cada agente e ESF. A revisão dos documentos legais sobre a ESF permite que se identifiquem os seguintes requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas que serão atendidas pelo programa, de acordo com o PNAB (2017):

- a) A área deve conter um número máximo de população de modo a permitir atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
- b) O agente deve ser um morador da sua *microárea* de atuação há pelo menos dois anos;
- c) A área deve delimitar comunidades, preferencialmente aquelas mais organizadas, que participem do controle social das ações e serviços de saúde em diversos fóruns como as conferências e conselhos de saúde;
- d) A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco”;
- e) A área deve conter uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita;

¹⁰ O PACS, importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF). O programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001, p. 05)

f) Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde (PNAB, 2017).

A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Dessa forma, vem se fortalecendo a ideia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais, independentemente do sistema de atenção à saúde.

Para Mendes (1993), a reorientação dos sistemas de saúde na direção de afirmar-se como "espaço da saúde", e não exclusivamente da atenção à doença, exige um processo de construção social de mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária.

Essa nova visão considera a saúde como uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar, que pode indicar acúmulos positivos ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações sociais seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde (WALTNER-TOEWS, 2000).

Para a constituição da base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade (MONKEN e BARCELLOS,2005).

A geografia e a epidemiologia têm intercambiado conceitos e paradigmas, o que tem provocado mudanças de método e do próprio foco de atenção de pesquisas.

A evolução da epidemiologia foi sintetizada por Susser e Susser (1996), que destacam três períodos com métodos e concepções teóricas diferentes: as estatísticas sanitárias e a teoria miasmática; a epidemiologia das doenças infecciosas e a teoria dos germes; finalmente, a epidemiologia das doenças crônicas e a teoria da multicausalidade.

Esses mesmos autores apontam a necessidade de desenvolvimento de uma eco-epidemiologia¹¹, que dê conta dos múltiplos níveis em que os problemas de saúde se manifestam, desde as vulnerabilidades individuais até os macrodeterminantes sociais e ecológicos.

Para Monken e Barcellos (2005) da mesma maneira que cada processo se dividiu em períodos, produziu metodologias para a análise de condições de saúde e estruturou modos de pensar e agir no campo. Assim, a vigilância em saúde pautou-se, no primeiro momento, nos levantamentos ambientais, que explicariam o contágio, a produção local de doenças, e permitiram intervir sobre características do terreno que as gerou.

No segundo momento, o trabalho no campo foi voltado para a identificação da "história natural das doenças", os vetores, microrganismos, clima e hospedeiros, que, formando ciclos de contaminação-transmissão, produzem doenças (SUSSER e SUSSER, 1996).

No terceiro momento, o trabalho de campo é marcado pela busca de fatores de risco, que explicariam a produção de doenças. Este último paradigma produziu a maior parte dos roteiros utilizados atualmente para a prática de vigilância em saúde, como os questionários de investigação epidemiológica, voltados para a arguição do doente sobre possíveis formas de exposição. Esse enfoque traz importantes vieses para a compreensão do processo de saúde-doença (SUSSER e SUSSER, 1996).

A busca de novos paradigmas para o campo da saúde coletiva deve ser acompanhada pelo desenvolvimento de métodos que articulem os níveis do indivíduo e das coletividades, vistas não como agregado de pessoas, mas como um todo, com características particulares, organização própria e território. Dessa forma, a vigilância em saúde carece de instrumentos que incorporem a dimensão do lugar, como expressão do relacionamento entre grupos sociais e seu território.

A incorporação de conceitos, como o de territórios saudáveis, na saúde pública, onde há o envolvimento de diversos sujeitos sociais, econômicos e agentes governamentais, pode ser um viés para o fortalecimento das políticas locais de saúde.

¹¹ A abordagem eco-epidemiológica difere da abordagem multicausal ao transpor o nível individual de compreensão do processo saúde-doença em direção ao nível populacional. Possui distinções quanto a formas de investigação, a concepção de risco e as propostas de intervenção (BARATA, 2005, p.11).

1.3 Territórios saudáveis

Pode-se afirmar que a problematização das relações existentes entre território e saúde culminam na construção de territórios saudáveis¹². Promover saúde é construir territórios saudáveis, o que inclui necessariamente políticas intersetoriais e mobilização comunitária para atuar na melhoria da qualidade de vida e estabelecer estilos de vida saudáveis.

Para Godin et al (2008), o território é o lugar em que se pode compreender os contextos de vida, esses que por sua vez, explicam os problemas e as necessidades de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), o território é parte dos princípios constitucionais organizativos que, além de influenciar diretamente na organização dos serviços de saúde, determina que as práticas e ações devem ser orientadas a partir do reconhecimento do território, caracterizando a população e os seus problemas de saúde.

Cabe destacar que o território, também, é uma das diretrizes estruturantes da gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS¹³ (GODIN et al.,2008; BRASIL, 2012).

Ao falarmos de territórios saudáveis e promoção da saúde não podemos deixar de citar o projeto cidades saudáveis¹⁴, que é a política pública que estabelece agendas locais para a criação destes territórios no município.

As tentativas de operacionalizar esta proposta, têm suas origens com o *Informe Lalonde* em 1974, chamado de “Novas perspectivas de saúde dos

¹² Espaços relacionais e de pertencimento onde a vida saudável é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas, que interagem entre si e se materializam, ao longo do tempo, em resultados que visam a atingir o desenvolvimento global, regional e local, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais (MACHADO et al, 2017, p.246).

¹³ O SUAS, implantado em 2005, é um sistema constituído nacionalmente com direção única, caracterizado pela gestão compartilhada e cofinanciamento das ações pelos três entes federados e pelo controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social dos municípios, Estados e União. No SUAS, as ações da assistência social são organizadas tendo como referência o território onde as pessoas moram, considerando suas demandas e necessidades. Os programas, projetos, serviços e benefícios devem ser desenvolvidos nas regiões mais vulneráveis, tendo a família como foco de atenção (BRASIL, 2005, p.01)

¹⁴ O projeto Cidades Saudáveis propõe uma abordagem à saúde e ao bem-estar da população através de ações locais, “no contexto da vida diária das pessoas facilitando a ação conjunta entre as autoridades locais, sociedade civil, e outros atores-chave para melhorar as condições e a qualidade de vida do e no lugar onde as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem, e promover o desenvolvimento de sistemas e estruturas sustentáveis” (Opas/OMS, 2002).

canadenses”, este documento veio questionar o poder da Medicina, para resolver sozinha os problemas de saúde. O impacto causado com esse questionamento foi tão grande, que se pode dizer que deram início a nova era de interesse social e político, pela saúde pública (ASHTON, 1992 apud WESTPHAL, 2000).

A partir desse momento, diversas de iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), começando pela Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978, e culminando com o Projeto Cidades Saudáveis, em 1996, estabeleceram os contornos desse movimento (WESTPHAL, 2000).

As ações intersetoriais e a participação social são os pilares para a construção de territórios saudáveis, que posteriormente formam a cidade saudável. Para tanto, é importante que os demais órgãos municipais além dos ligados às ações de saúde se articulem para a construção dos planos, que visam à melhoria da qualidade de vida da população local.

É imprescindível, também, a participação da comunidade neste processo, seguindo o que propõe Lefebvre (2001), na perspectiva da filosofia urbana, que se configura como possibilidade de recuperar as capacidades de integração e de participação dos cidadãos na cidade.

Para Soares et al (2017) as cidades saudáveis não existem, mas existem cidades com problemas sanitários; com expansão urbana não planejada; baixos parâmetros de prestação de serviços e de segurança no trabalho; elevados níveis de poluição da água, do ar e da produção alimentar, más condições habitacionais e fraco serviço de transporte público. Transformar estas cidades em cidades saudáveis é contrariar e inverter expectativas por meio do contínuo processo de compromisso com a saúde e com a qualidade de vida das populações. Por isso é preciso reconfigurar o território com vista a reduzir os seus riscos e vulnerabilidades.

Simões (2013) resgata o histórico sobre ideia de cidades saudáveis que surge há mais de dois mil e quatrocentos anos, quando o médico grego Hipócrates publica o Tratado dos Ares, das Águas e dos Lugares, que afasta a atribuição divina como causa das doenças e inicia a discussão sobre causas ambientais para o aparecimento das mesmas. O médico traz variáveis importantes que não podem ser excluídas durante a análise das doenças como: o clima do lugar, a água e o solo, pois são elementos importantes na compreensão da saúde geral da população, pensando em cidades mais saudáveis.

O interesse pela pobreza, a necessidade de reorientação dos serviços de saúde, a importância da participação comunitária e o desenvolvimento de coalizões, entre os setores públicos, privado e voluntariado, foram os principais elementos de todas essas iniciativas, de acordo com Ashton (1992 apud WESTPHAL, 2000).

Para Castells e Borja (1996), cada vez mais, a cidade vem assumindo o papel de atores sociais¹⁵, onde os cidadãos, que nelas habitam, ocupam espaço simbólico e se organizam, sob o poder político, como sociedade civil. Ocupam espaço simbólico que integra os seus habitantes culturalmente, possibilitando a formação de identidades coletivas, que dinamizam as relações, convertendo a cidade em um espaço que responde a objetivos econômicos, políticos e culturais da nossa época. Em função dessas concepções de cidade, surge a proposta de cidades saudáveis.

Westphal e Mendes (2000) enfatizam que a cidade não é denominada saudável pela mensuração dos indicadores de morbidade e mortalidade, mas pelo comprometimento da saúde, da educação e da qualidade de vida dos seus cidadãos, envolvidos em um trabalho contínuo para atingi-los. Confirmando o que a WHO Europe (2015) considera que:

Uma Cidade Saudável é definida pelo processo (de compromisso com a saúde) e não pelo resultado (ou por atingir um determinado nível de saúde) (WORLD HEALTH ORGANIZATION - EUROPE, 2015).

De acordo com Lima e Marques da Costa (2013), para a criação de cidades saudáveis, devemos nos preocupar com os lugares e com as pessoas. Pessoas saudáveis sabem cuidar dos lugares onde moram, para torná-los igualmente saudáveis. Ao mesmo tempo, não é possível haver pessoas saudáveis morando em lugares insalubres. Dessa forma, pensar a Cidade Saudável exige atenção em duas direções. A primeira do planejamento urbano, que pode modificar os espaços para criar lugares saudáveis; a segunda da atenção à saúde dos indivíduos e das populações, o que nos coloca diante da necessidade de empreender estratégias de

¹⁵ As cidades como atores sociais não se confundem com o governo local, porém, obviamente, incluem-no. A cidade se expressa melhor como ator social na medida em que realiza uma articulação entre administrações públicas (locais ou não), agentes econômicos públicos e privados, organizações sociais e cívicas, setores intelectuais e profissionais e meios de comunicação social. Ou seja, entre instituições políticas e sociedade civil (CASTELLS; BORJA 1996, p.152).

promoção da saúde, com base territorial e com intersectorialidade, que possam realizar ações e práticas nessas duas direções.

Não é de hoje que construção de territórios saudáveis é tida como boa forma para melhorar a saúde dos indivíduos e das populações. Lima e Marques da Costa (2013), citam Bundin, na sua obra *Essai de Géographie Médicale*, em 1843, para mostrar que a influência dos contextos territoriais da saúde varia em cada lugar, não somente pela posição social, econômica e cultural do indivíduo e das populações, mas também pelas condições físico-biológicas e climáticas,

Isso nos leva a compreender que o nível de qualidade de vida da população pode ser informado a partir da situação de saúde do território em que as mesmas estão inseridas, visto que, além dos indicadores sanitários clássicos, os diagnósticos situacionais produzem informações sobre os contextos estruturais, socioeconômicos e culturais do território, e os cidadãos têm o direito à informação sobre a realidade em que estão inseridos.

Para tanto, esta utopia da construção de territórios saudáveis, é a prática onde a vida humana pode encontrar qualidade de vida e equidade social. Esta ideia parte de estratégias de promoção da saúde que consideram os indivíduos e os grupos sociais como sujeitos, mostrando que além das ações intersectoriais, da inclusão social, é necessário ter governança participativa.

A discussão territorial na saúde atualmente chama a atenção para a emergência do interesse por esta categoria, como nova variante da aproximação histórica entre geografia e saúde. Isso decorre do aumento do interesse pelo território na saúde é recente, e partiu principalmente dos gestores de saúde e estudiosos em administração dos serviços e dos próprios trabalhadores dos serviços (principalmente os que atuam na ponta do atendimento). Este fato gera a possibilidade de novos processos de cooperação mútua entre a saúde coletiva e a geografia.

No Brasil, vários motivos contribuíram para isto ocorrer. Em primeiro lugar, constata-se que a Reforma Sanitária Brasileira, em particular o projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), motivou a reflexão sobre o funcionamento dos serviços e, com isso, maior interesse sobre os critérios de delimitação de territórios para a saúde.

É sob essa ótica gerencial que se invoca o conceito de território, concebido, assim, como área político-administrativa, com maior ênfase na repartição do espaço do que nos processos que aí se desenvolvem. A operacionalização do conceito de

território é o principal objetivo desta retomada, visando dar suporte ao estabelecimento de critérios corretos para a implementação de políticas públicas de saúde no lugar.

Esta reflexão propiciou a redefinição do próprio conceito de território utilizado nas políticas públicas de saúde, dando lugar a propostas mais amplas do que a de território político administrativo, conferindo-lhe maior densidade teórico-metodológica.

Mendes (1993); Teixeira et al (1998); Unglert (1999) desenvolveram metodologias aplicadas às práticas de saúde que denominaram de "processo de territorialização". Para estes autores, o território da Saúde Coletiva onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor.

O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir do diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar.

Portanto, a discussão territorial na saúde vem importando aos poucos as definições que emergem na Geografia e se espalham por outras áreas de conhecimento. Conforme a necessidade de explicação, quando o conceito já não explica mais a realidade, as ciências da saúde voltam e absorvem novos conceitos.

Essas novas concepções, como a de territórios-redes e seus derivativos (multiterritorialidades, territorialização, transterritorialidade, des-territorialização e re-territorialização) serão discutidos constantemente nos itens seguintes, com a justificativa de estimular aproximações e viabilizar absorções pelas ciências da saúde. E buscando compreender os impactos da rede urbana do médio Solimões nos serviços de saúde da cidade de Manacapuru.

CAPÍTULO 2 - TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA CIDADE DE MANACAPURU

O mundo “moderno” das territorialidades contínuas/contíguas regido pelo princípio da exclusividade [...] estaria cedendo lugar hoje ao mundo das múltiplas territorialidades ativadas de acordo com interesses, momento e o lugar em que nos encontramos

Rogério HAESBAERT

Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste (1997, p.44)

Este capítulo tem como objetivo identificar as múltiplas territorialidades do município e os seus reflexos na organização espacial dos serviços de saúde, sobretudo os da atenção primária, analisando a distribuição espacial dos estabelecimentos públicos de saúde na cidade de Manacapuru. Mostrando como são distribuídos os territórios de estratégia de saúde da família, as suas principais linhas de trabalho, a sua importância, os principais entraves deste serviço e o perfil epidemiológico da cidade.

2.1. Territorialidades de Manacapuru

Não só nesta cidade amazônica, mas como em outras tantas, as múltiplas territorialidades, de acordo com Porto-Gonçalves (2015), foram se formando em múltiplos tempos (geológico-geomorfológicos, arqueológico-antropológico e histórico) e em múltiplas escalas espaciais (local, regional, nacional e global/internacional) descontínuas no tempo-espço. Estudar e pesquisar cidades Amazônicas remete pensar realidades em múltiplas dimensões, permeando dificuldades em diferentes escalas.

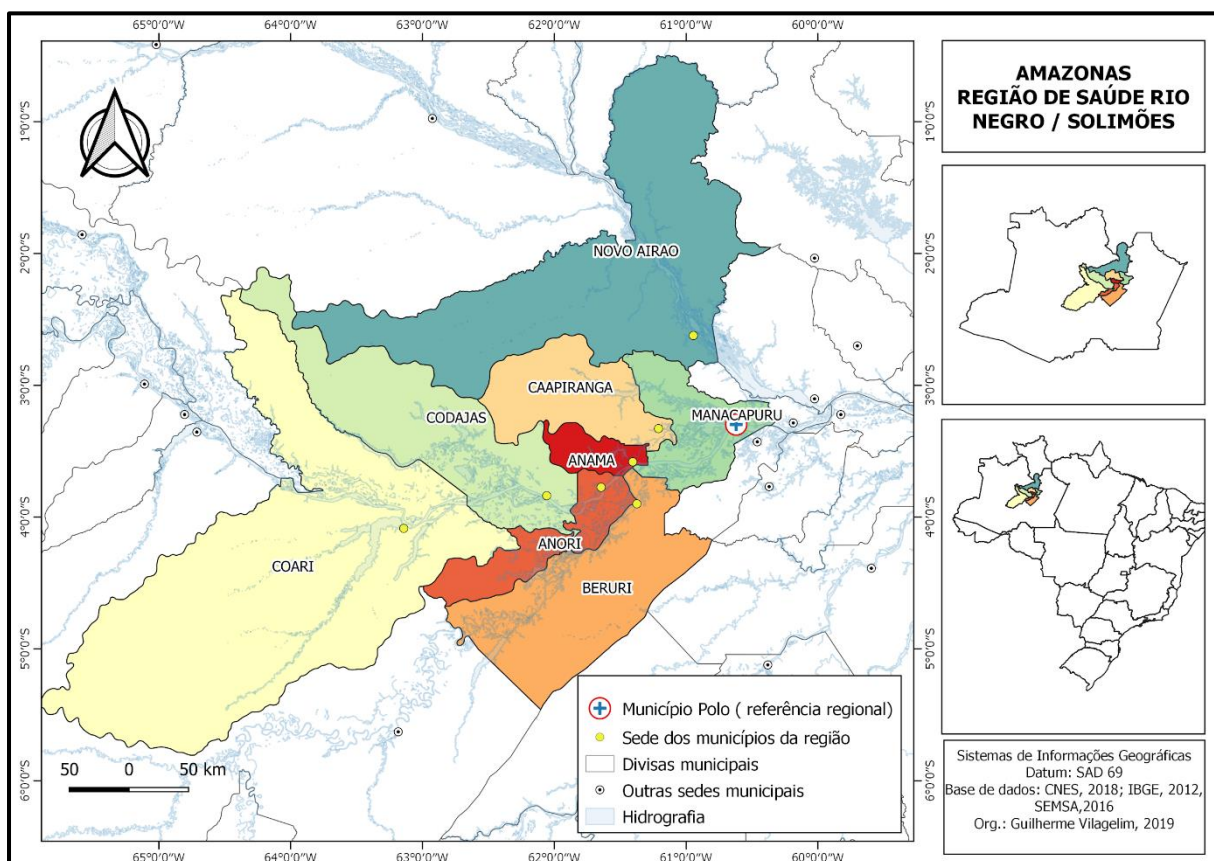
As origens de Manacapuru se prendem aos indígenas da etnia Mura, descendentes do tronco Tupi, sobreviventes dos sucessivos combates travados com expedições portuguesas. Há relatos de que essa área era habitada por famílias Mura situadas abaixo da foz do rio Manacapuru. Esse aldeamento pode ter dado início ao primeiro núcleo habitado da atual cidade, estima-se que o local desse aldeamento seja o atual bairro Terra Preta, um dos mais antigos da cidade (AMORIM, 2013).

Este povo indígena era nômade, portanto passaram por várias localidades até fundarem a aldeia próxima da foz do rio Manacapuru à margem esquerda do rio

Solimões, que em 1786 foi batizada pelos missionários com o nome de Manacapuru, cujo nome indígena vem da palavra *Manacá* (planta brasileira da família das dicotiledôneas gamopétalas), que em tupi significa Flor e *Puru* significa matizado, ou seja, *Flor Matizada* (SEBRAE/AM, 1997).

A Vila e o município foram criados em 27 de setembro de 1894, pela Lei nº 83, na gestão do governo de Eduardo Ribeiro, mas somente em 16 de julho de 1932 foi elevada à categoria de cidade pelo Ato estadual nº. 1.639. Considerado o centro da sub-região do Rio Negro/Solimões, o município de Manacapuru possui o número estimado de 96.236 habitantes (IBGE, 2018), sendo o município integrante da Região Metropolitana de Manaus, criada pela Lei Complementar Estadual nº. 052, de 30 de maio de 2007 e município polo de referência regional da Região de Saúde Rio Negro/Solimões (AMAZONAS, 2016), como mostra o mapa da figura 2 abaixo.

Figura 2: Mapa de localização da região de Saúde Rio Negro/ Solimões



Organização: Guilherme Vilagem, 2018

De acordo com o Relatório Ecológico Econômico (2000), produzido pela Prefeitura Municipal de Manacapuru, em dados gerais o município está localizado na

sétima Sub-região - Região Rio Negro/ Solimões, com área territorial de 7.062 Km² e com densidade demográfica de 11,62 habitantes/km². Faz limites com os municípios de Novo Airão, Beruri, Iranduba, Manaquiri, Anamá e Caapiranga, e possui altitude máxima de 34 metros acima do nível do mar.

A cidade encontra-se localizada à margem esquerda do rio Solimões, distante da capital Manaus 68 km em linha reta, 88 km por via fluvial e 84 km via terrestre. Para ter acesso à cidade de Manacapuru, o percurso é feito através da rodovia Manoel Urbano, a AM-070, que liga a cidade de Manaus com Iranduba, Manacapuru e Novo Airão. Para chegar a essas cidades é necessário atravessar o Rio Negro, que as separa da capital Manaus. Até meados de outubro de 2011, esta travessia era realizada somente por embarcações que transportavam pessoas e mercadorias e as balsas para veículos (SILVA, 2016).

Entretanto, neste período, a ponte sobre o Rio Negro foi inaugurada e a travessia passou a ser quase que exclusivamente terrestre. A mudança de modal na travessia do modal hidroviário/rodoviário para o total rodoviário, diminuiu o tempo médio das viagens, contribuindo para aumento do fluxo de deslocamento entre elas (SILVA, 2016).

A sede do município de Manacapuru, enquanto cidade média de função de intermediária (OLIVEIRA e SCHOR, 2010, p.155), tem proximidade com a metrópole regional (Manaus) abastecendo-a e sendo abastecida pela mesma. Possui ligação rodoviária, intermediando a circulação entre as demais cidades calha do Solimões e a ligação das outras redes urbanas do Estado com Manaus.

Essa função somada aos aspectos geológico-geomorfológico e pedogenéticos contribuem substancialmente na organização territorial do município. Este estudo mostra como esses fatores condicionam as relações de uso da terra e as multiterritorialidades ali inseridas.

Essas múltiplas territorialidades, além dos aspectos naturais e econômicos, se distinguem por apresentarem identidade cultural própria, expressa em modos de vida, nos costumes, nas tradições e na relação sociedade/natureza que é estabelecida.

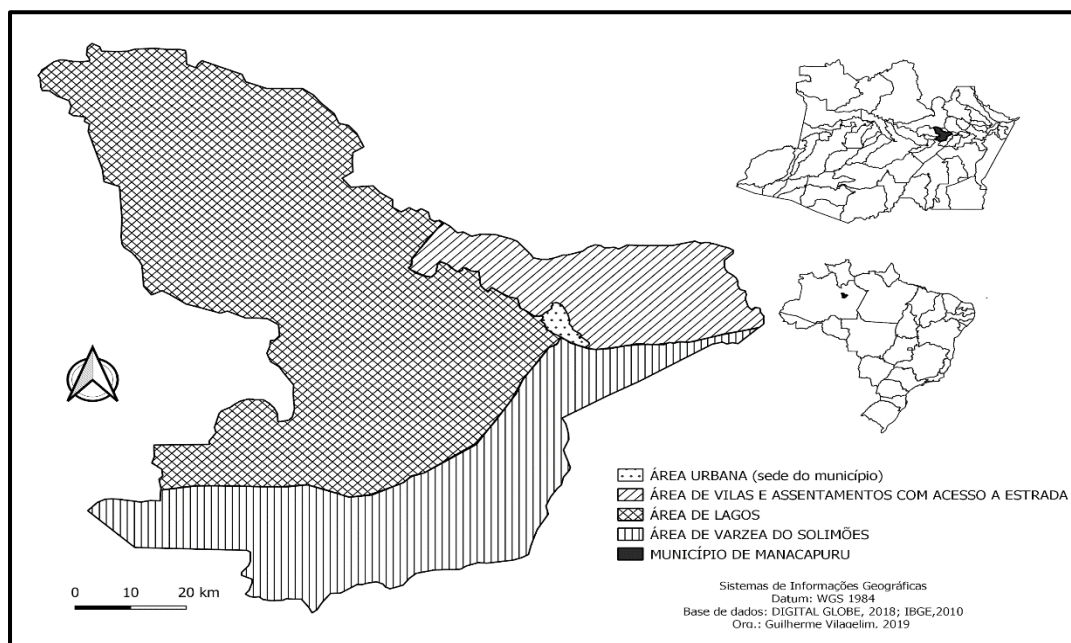
A noção de multiterritorialidade (Haesbaert, 1997, 2001, 2002, 2004), aparece como resposta ao processo identificado por muitos como desterritorialização. Mais do que a perda ou o desaparecimento dos territórios, a complexidade dos processos de (re) territorialização está envolvida com a construção de territórios múltiplos ou, de forma mais adequada, tornando muito mais complexa essa multiterritorialidade

(HAESBAERT, 2004, p.01). Assim, a desterritorialização seria um “mito” (Haesbaert, 1994, 2001, 2004), incapaz de reconhecer o caráter imanente da multiterritorialização na vida dos indivíduos e dos grupos sociais.

Alinhado a esta proposta, foram identificadas as multiterritorialidades do município de Manacapuru com o auxílio dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG). Através deste aparato tecnológico de análise espacial, realizou-se um recorte das áreas de interesse do município a partir do dado matricial (*raster*) no *software* QGIS 3.2. O procedimento usado, realiza recortes de dados matriciais (imagens de satélite) a partir das dimensões da camada vetorial (polígono) que no *software*, é denominada como “camada máscara”.

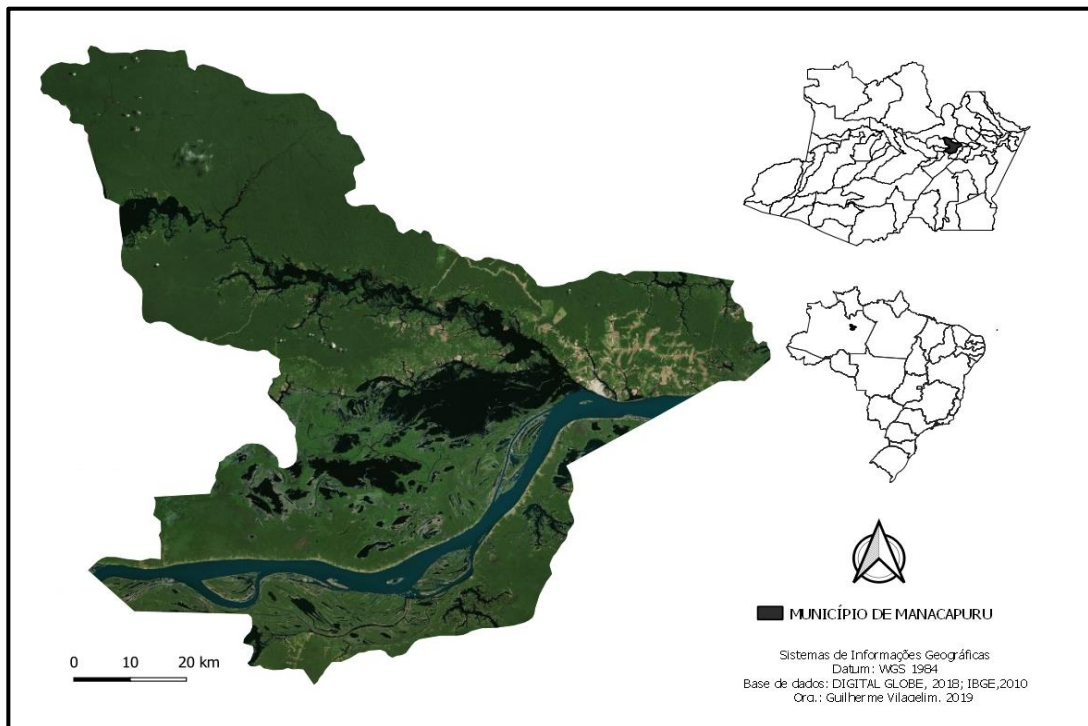
O critério para o recorte foi o geológico-geomorfológico em combinação com o visível uso e ocupação do território do município. Esta análise resultou em mapas que evidenciam as múltiplas territorialidades em Manacapuru, caracterizando as suas relações socioespaciais bem como as suas interações com o meio físico. O objetivo dos mapas a seguir, foi identificar os processos de trabalho, oriundos dessas relações socioespaciais, que segundo Minayo (2010), podem afetar a saúde da população, e de outro modo, como as diferentes espacialidades do município condicionam a ocupação da cidade, como mostram os mapas da figuras 3 e 4.

Figura 3: Distribuição espacial dos múltiplos territórios em Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

Figura 4: Distribuição espacial dos múltiplos territórios em Manacapuru-AM

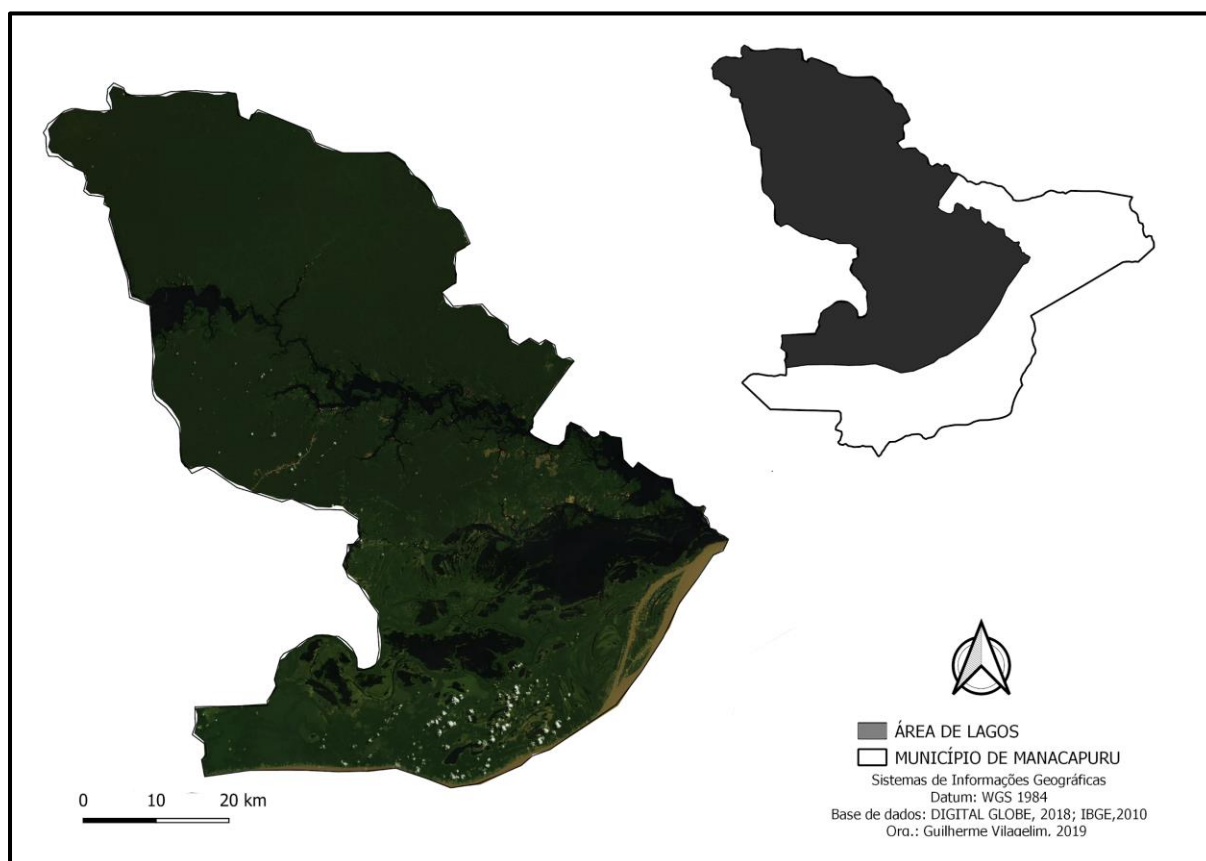


Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

Ao caracterizarmos as porções norte e nordeste do município, observa-se áreas compostas por grandes lagos e rios com a foz alagada com o tempo geológico superior, portanto formações geológicas mais antigas do que as outras áreas. Estas estão assentadas no domínio geomorfológico classificado como Planalto Dissecado dos rios Negro-Uatumã, que é constituída de depósitos quaternários, com afloramentos da Formação Alter do Chão, composta por argilitos, folhelhos, siltitos, arenitos, conglomerados e com a predominância de latossolos amarelos (IBGE, 2009).

Classificada como “Área dos Lagos”, é formada por grandes lagos de água escura, como mostra o mapa da figura 5 abaixo. A diversidade de peixes é menor e as atividades agrícolas são realizadas em menor escala por conta do nível de acidez do solo, caracterizando-o como de baixa fertilidade, e conseqüentemente, de baixa produtividade. Apesar de representar mais da metade do território do município, estes fatores detectados na análise ajudam a compreender os fatores determinantes do seu baixo adensamento populacional.

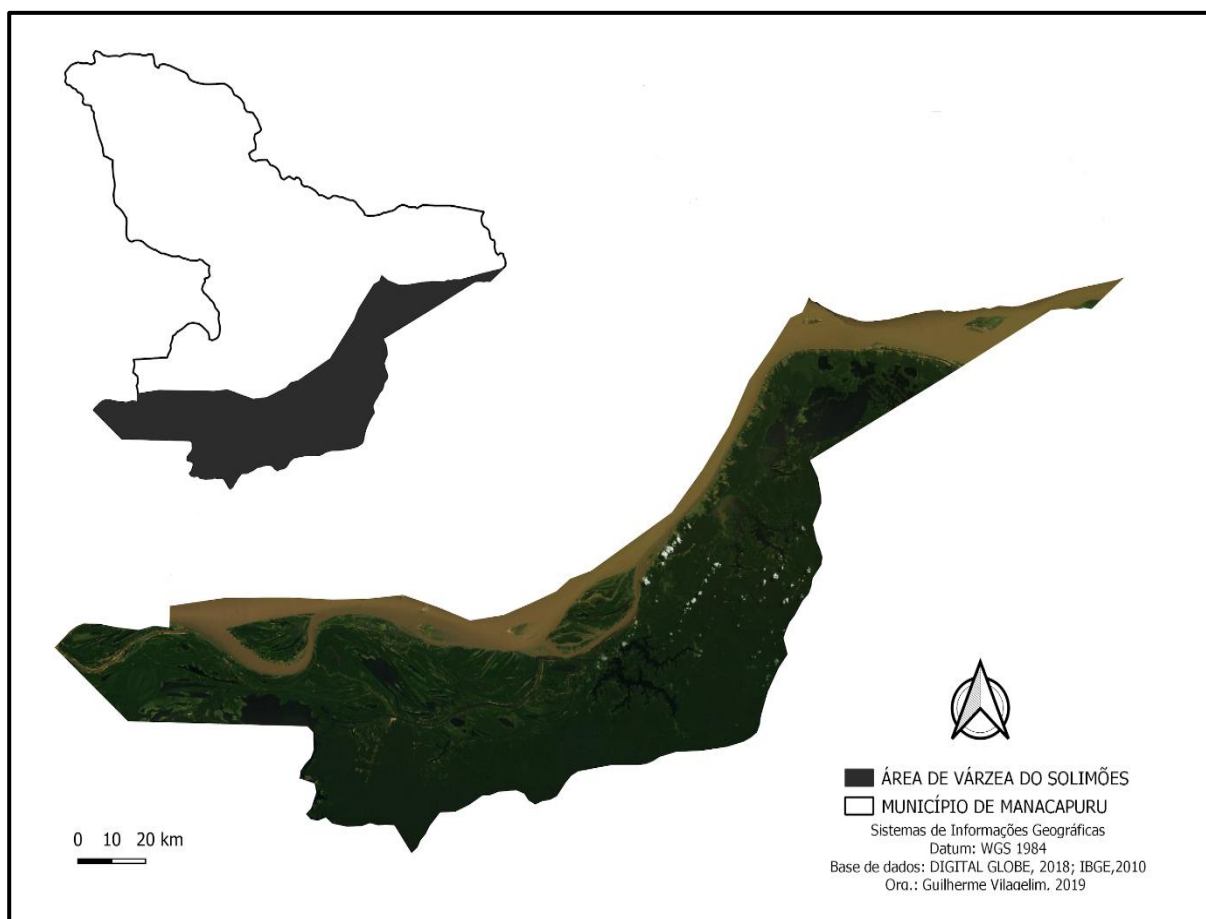
Figura 5: Área dos Lagos em Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2018

Ao contrário da parte norte, a porção sul do município pertence ao tempo geológico mais recente, concentrando grande parte das atividades produtivas. Elas ocupam áreas que no mapa são classificadas como “Área de Várzea do Rio Solimões”, como pode ser visto na figura a seguir. É de grande importância para o município por concentrar áreas propícias ao plantio de hortaliças de ciclo curto, juta e malva. Nessa área há diversidade de pescado que é comum nos rios de branca. Esta parte do município faz parte da Planície Amazônica que é composta por planícies e terraços fluviais e flúvio-lacustres elaborados em sedimentos aluviais recentes e correspondem às várzeas permanentemente alagadas e/ou inundáveis nas cheias anuais (Bezerra, 2003). A forma de deslocamento predominante desta área, é o fluvial, por conta do alto fluxo de embarcações de pequeno, médio e grande porte que transitam diariamente pelo rio Solimões em direção à sede do município e para a capital, Manaus. Como pode ser visto no mapa da figura 6 abaixo.

Figura 6: Área de Várzea do rio Solimões em Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2018

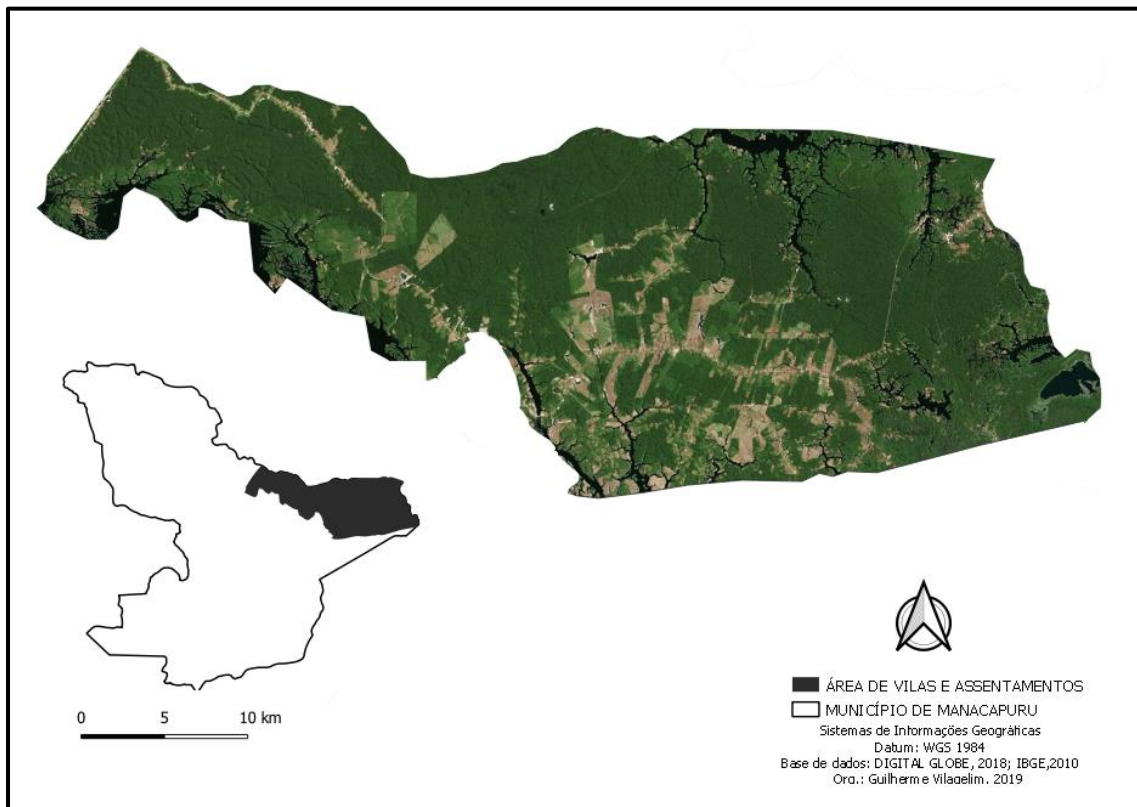
Apesar do impacto econômico que a exploração do látex obteve no passado, essa atividade não influenciou o surgimento de vilas e cidades. As atividades extrativas locais não conseguiram contribuir para a o surgimento de novas cidades, e tampouco a dinamização dos núcleos urbanos já existentes (OLIVEIRA, 2000).

Desde meados do século XVIII as cidades amazônicas segundo Oliveira (2016), eram meras representações do poder público para arrecadar impostos; sedes de missões salesianas e entrepostos de circulação de mercadorias. Apenas em meados da década de 1960, iniciou-se os grandes projetos de ocupação e desenvolvimento da Amazônia.

Nesse período houve a transição de modais de locomoção. Oliveira (2016) ressalta “[...] a ocorrência da mudança do eixo de circulação do rio para estrada, e nesse novo eixo surgem novas cidades originárias da construção de grandes projetos ou por eles influenciados”.

Nesta lógica de expansão territorial, as vilas e comunidades agrícolas de Manacapuru que antes tinham como principal modal de circulação os rios, graças ao advento da estrada, mudaram para o modal rodoviário. A figura 7 abaixo, mostra desenvolvimento padrão dessas áreas e das formas de ocupação totalmente atreladas a rodovia Manoel Urbano (AM-010) em forma de *espinha de peixe*¹⁶.

Figura 7: Área de vilas e assentamentos com acesso à estrada em Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2018

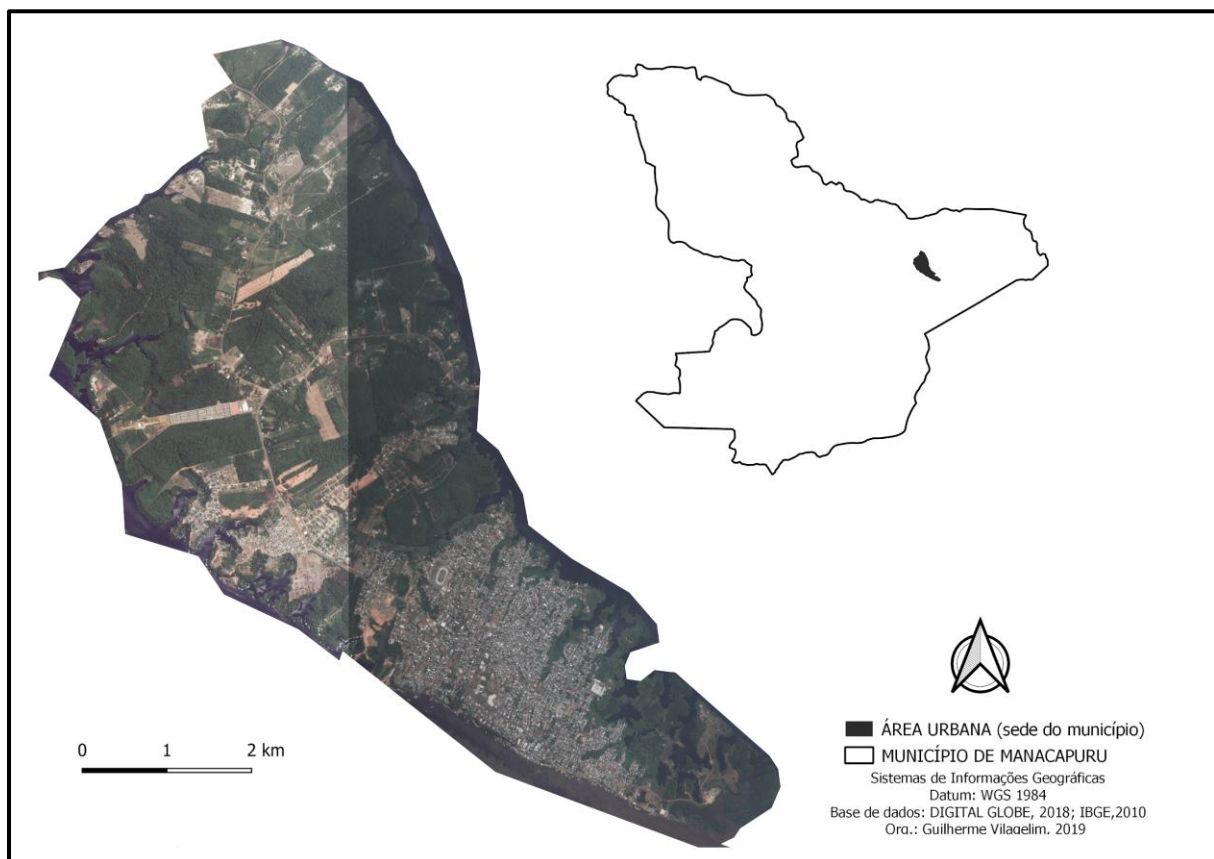
Através do recorte desta imagem de satélite observa-se que todas as vicinais têm acesso ao rio, mostrando que o núcleo de origem das comunidades já existia antes da criação da rodovia. O seu primeiro eixo de circulação, como mostra a imagem, era o fluvial, pois somente a partir dos projetos de assentamento do INCRA e os de expansão da SUFRAMA que o fluxo circulatório mudou para o rodoviário.

A partir dessa nova dinâmica de circulação e das recorrentes enchentes nas últimas décadas do século XX e a primeira do século XXI, a área urbana recebeu maior fluxo migratório. Essa demanda tornou necessária a criação de postos de

¹⁶ Os estímulos governamentais na Amazônia têm promovido a ocupação antrópica das áreas contíguas às estradas, proporcionando o desenvolvimento do padrão de desmatamento definido como espinha-de-peixe (GEISTe LAMBIN, 2001).

serviços e atendimentos públicos que posteriormente intensificou o comércio de bens de consumo e de capital. Aos poucos a cidade de Manacapuru foi aumentando a sua rede de interconexões com os municípios mais próximos, pois se tornou a cidade de ligação rodoviária com as cidades de Manaus, Iranduba e Novo Airão e o seu porto possibilita a conexão com as cidades do médio Solimões e Vales do Purus e Juruá. O mapa da figura 8 abaixo mostra o recorte espacial da sede do município.

Figura 8: Área urbana de Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2018

Esse entreposto de conexão que se estabeleceu na cidade de Manacapuru, embora não apareça explícita na paisagem, faz parte da dinâmica territorial da globalização, reafirmando a ideia de que especialmente nas últimas décadas do século XX e as duas primeiras do século XXI, diversos territórios conectaram-se formando novas territorialidades e dinâmicas socioespaciais. A multiplicidade espacial exige, por sua vez, a articulação em redes que são, também, imateriais e simbólicas. Portanto, a sede do município de Manacapuru caracteriza-se como um território-rede, onde diversas manifestações locais e globais se entrelaçam, exigindo

visão integradora que enfatize os aspectos político, econômico e simbólico, para compreensão da complexa dimensão territorial dos processos socioespaciais que são de suma importância para o planejamento das práticas, das ações e da distribuição espacial dos vários serviços privados e públicos, no caso em análise os serviços de saúde.

2.2. Distribuição espacial dos serviços de saúde

Na saúde pública, o conceito de acesso é complexo, já que não depende apenas da disponibilidade do serviço de saúde, mas também, das condições de acesso da localização dos usuários e das condições objetivas e subjetivas dos sujeitos. A densidade demográfica dos municípios, o mapeamento geográfico dos estabelecimentos de saúde e a caracterização dos mesmos quanto à esfera administrativa permite identificar lacunas no processo de distribuição espacial através da evidência de vazios assistenciais (GALVÃO *et al* 2015, p. 33), porém numa pesquisa de campo não se pode aferir e encontrar explicações para tudo.

Ao avaliar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde é necessário considerar a localização dos mesmos e a variação das distâncias a serem percorridas para dispor de assistência adequada (OLIVEIRA *et al*, 2004).

O mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o Brasil, permite identificar lacunas na distribuição dos serviços.

Um quadro de referência nacional, que permita situar os estudos mais detalhados, é útil para investigar em que medida o SUS avançou na promoção da universalização do acesso. De fato, para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento do setor saúde precisa conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas, da local à nacional.

O município de Manacapuru com a densidade demográfica de 11,62 hab./km² (IBGE, 2010). De acordo com o perfil epidemiológico¹⁷ elaborado neste estudo, foi detectado que a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14,62 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2014). As internações devido a diarreias são de 0.8 para cada

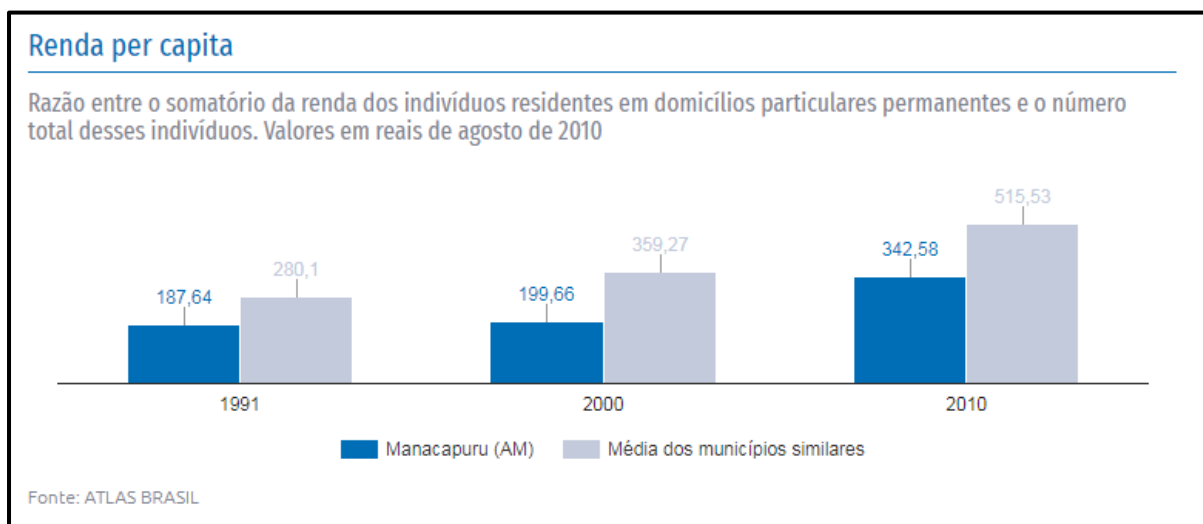
¹⁷ O perfil epidemiológico da população consiste de um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social (OPAS,2000)

1.000 habitantes (IBGE, 2016), lembrando que a cidade teve um surto em 2015, segundo dados da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS-AM).

Os dados econômicos do município mostram que o salário médio mensal está em torno de 1,8 salários mínimos (IBGE, 2016). A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total de 4,2%(IBGE, 2016). Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava a 10º posição entre os 62 com maior renda e a na proporção de pessoas ocupadas está 25º entre os 62 municípios do Estado (IBGE, 2018).

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o município tem 46,1% da sua população nessas condições, o que o coloca na posição 56 de 62 dentre as cidades do Estado (IBGE,2016). Analisando a série histórica da renda per capita, percebemos um *boom* na renda entre os anos 2000 e 2010 de aproximadamente de 70%, quando comparamos a década anterior (1991-2000) que teve o crescimento em torno de 7%, como mostra o gráfico da figura 9 abaixo.

Figura 9: Gráfico da renda per capita de Manacapuru-AM por década.



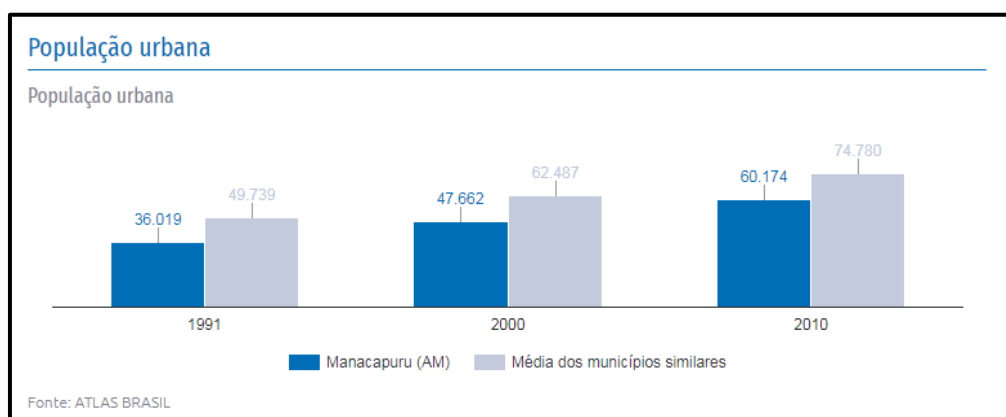
Fonte: Atlas Brasil, 2012

Quanto a renda é importante destacar, de um lado, o salário médio mensal situado em torno de 1,8 salários mínimos (IBGE, 2016) como apontado acima, e de outro lado, os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa que corresponde a quase metade, ou seja, 46,1%. Este dado díspare mostra a alta concentração de renda que atinge o Brasil e que também atinge os municípios da Amazônia.

Na educação de Manacapuru a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 92,3 % (IBGE,2010). Constam no ensino público, 19.785 alunos matriculados no ensino fundamental e 5.177 alunos matriculados no ensino médio, totalizando 24.962 alunos matriculados, distribuídos em 152 escolas de ensino fundamental e 11 escolas de ensino médio (IBGE, 2017).

De acordo com dados do Atlas Brasil (2012), a população urbana no último censo era de 60.174 habitantes. Isso equivale aproximadamente a 62,5% da população total do município que está estimada em 96.236 pessoas em 2018 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os dados do gráfico abaixo da figura 10, mostram que a população urbana do município vem crescendo em torno de 30% a cada década.

Figura 10: Gráfico da população urbana de Manacapuru-AM.

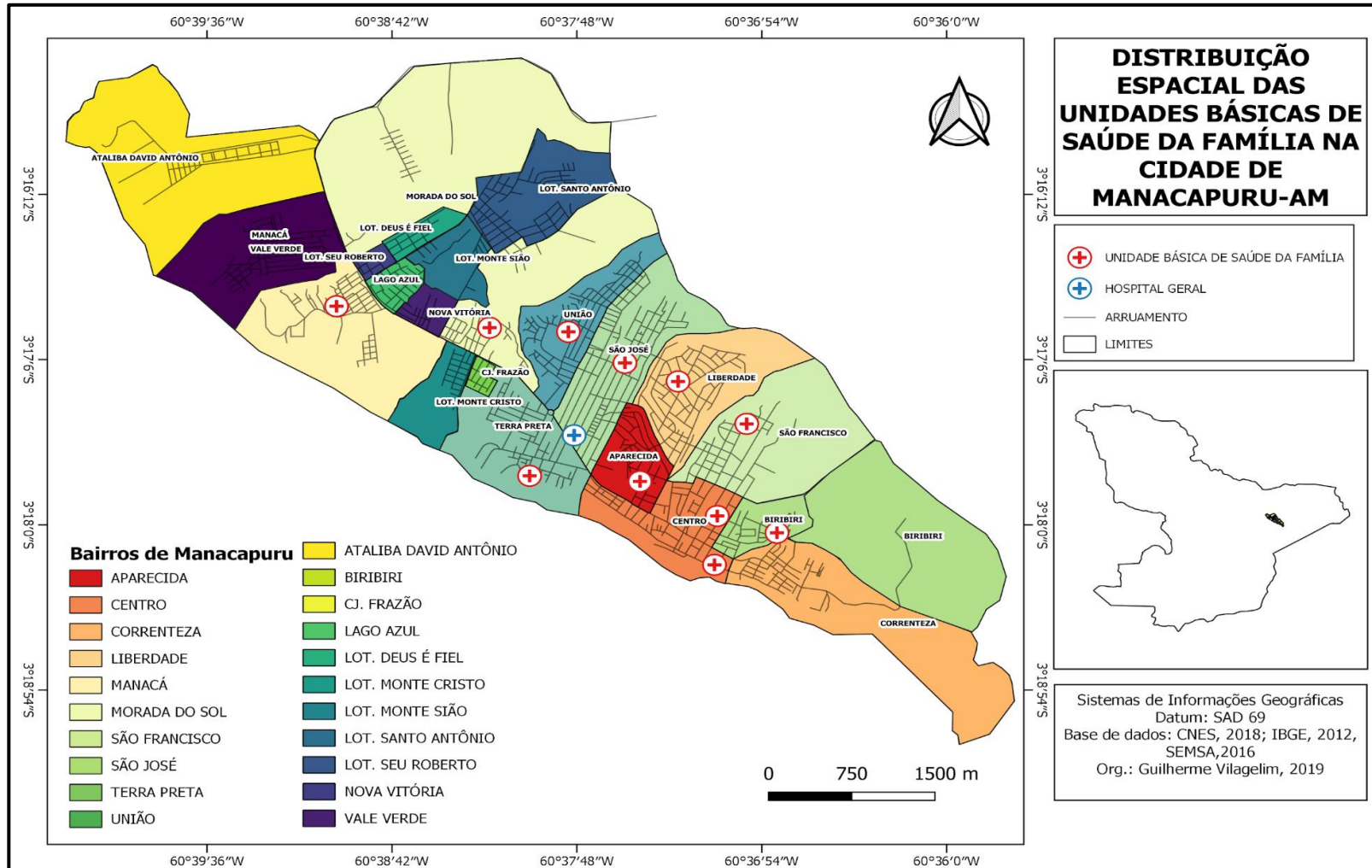


Fonte: Atlas Brasil, 2012

A frequência de crescimento urbano a 30% por década, justifica maior preocupação com a cobertura dos serviços de saúde, sobretudo os da atenção básica, na cidade de Manacapuru. Todavia, esta variável de crescimento somada a função intermediária que a cidade possui na sua rede urbana, requer do poder público municipal e estadual um olhar mais refinado (do ponto de vista tecnológico) para identificar os vazios assistenciais, mensurar as desigualdades do acesso e avaliar o alinhamento com os princípios, diretrizes e fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica.

O município possui 38 estabelecimentos de saúde (CNES, 2018), sendo que 19 desses, são Unidades Básicas de Saúde da Família, das quais 11 estão concentradas na área urbana do município. O mapa da figura 11 a seguir, mostra a distribuição espacial das as onze Unidades Básicas de Saúde da Família na cidade de Manacapuru.

Figura 11: Distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde da Família em Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019.

A partir dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por setor censitário, foi realizado levantamento e identificado algumas iniquidades no processo de distribuição espacial dos territórios de estratégia de saúde da família na sede do município.

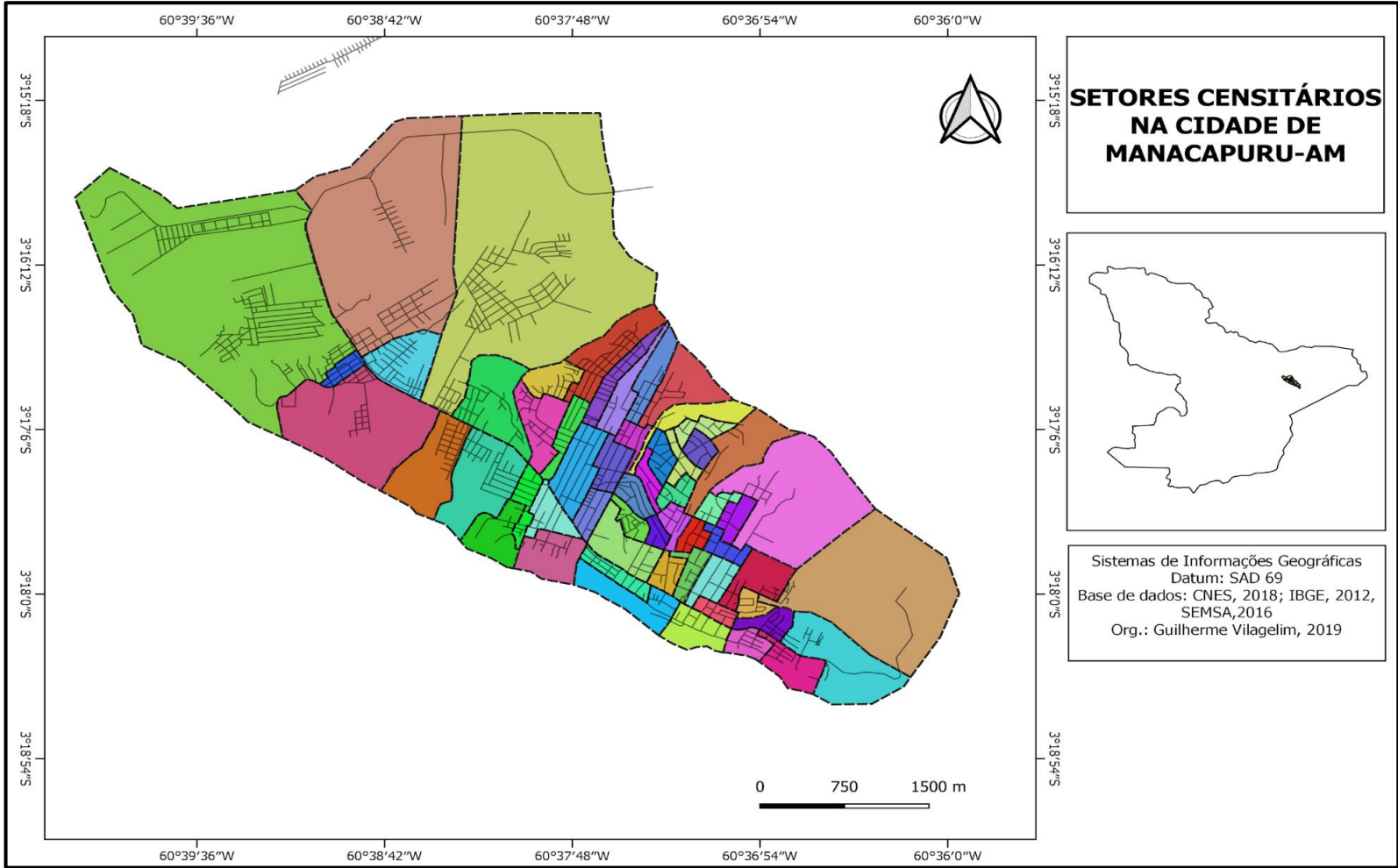
A cidade de Manacapuru é composta por 57 setores censitários. Estes setores correspondem a menor unidade territorial, criada para fins de controle cadastral da coleta de dados. Essa unidade de análise respeita os limites da divisão político-administrativa do Brasil (IBGE,2002).

Com o agrupamento dos setores censitários, é possível a construção da variável “bairro”, nas localidades em que os mesmos estão oficialmente constituídos. A seguir, o grupo de bairros ou subconjunto de setores censitários gera os distritos, que, também podem ser agregados para, enfim, serem definidos geograficamente, os municípios do Brasil (PINTO et al, 2018).

Quando se realizam pesquisas na área da atenção primária à saúde, muitas vezes ainda, é possível combinar setores censitários com as chamadas ‘microáreas’ das Equipes de Saúde da Família, que correspondem ao conjunto de logradouros / quarteirões / vielas de moradia da população cadastrada pelas equipes (PINTO, 2006).

Portanto, essas unidades territoriais forneceram informações socioeconômicas, ambientais e de moradia importantes para compreender a situação de saúde e avaliar o alinhamento da Estratégia de Saúde da Família com as diretrizes do PNAB. A figura 12 a seguir mostra a espacialização desses 57 setores na cidade.

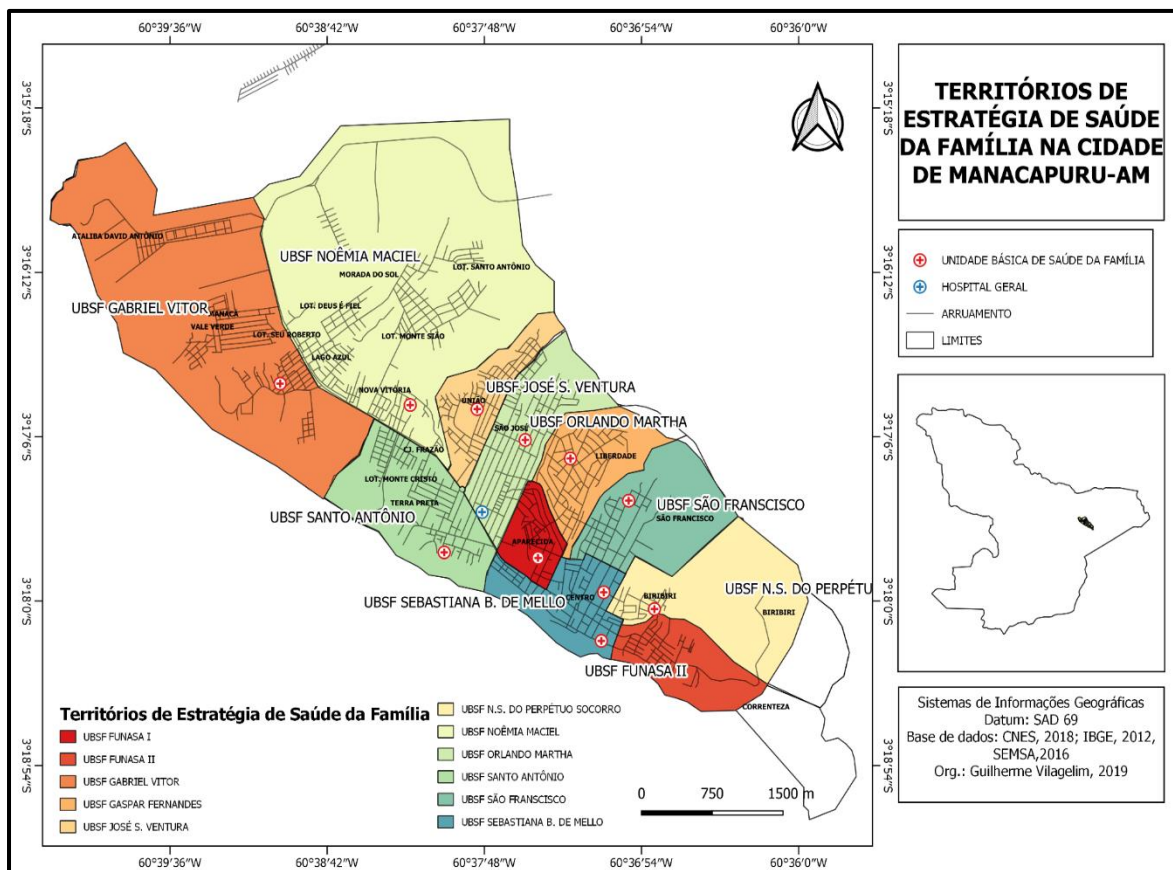
Figura 12: Setores Censitários na cidade de Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019.

Com a “triangulação” das informações por setor censitário, coletadas no IBGE, e o mapeamento da área de abrangência dos territórios de estratégia de saúde da família foi possível verificar o *status* da cobertura do PSF na cidade. O mapa da figura 13 a seguir, mostra como os onze territórios de estratégia de saúde da família da sede do município estão distribuídos.

Figura 13: Territórios de Estratégia de Saúde da Família na Cidade de Manacapuru - AM



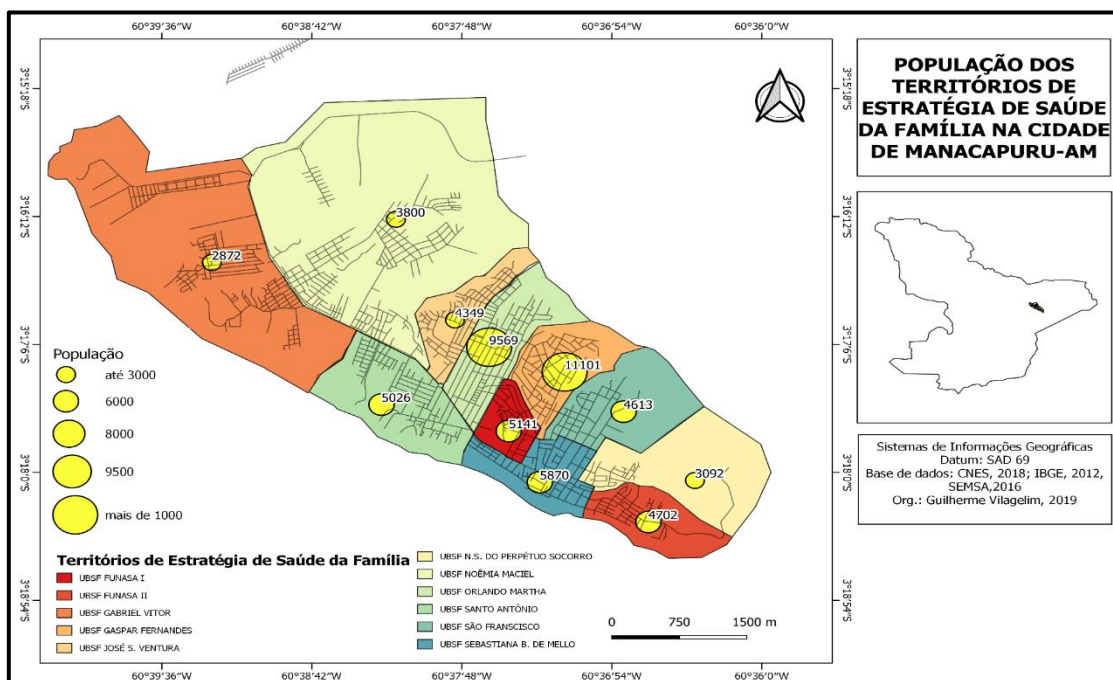
Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

Ao verificar a população de cada território da ESF, foram somados o quantitativo populacional de cada setor censitário que estava inserido na área de abrangência do território, a fim de verificar se os mesmos estavam de acordo com a recomendação de “infraestrutura e ambiência” prevista na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) em seu capítulo 1, item 3.1, que orienta da seguinte forma:

A infraestrutura das UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS (BRASIL, 2017).

Com base nos dados do IBGE (2010), do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2018) e da Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru (SEMSA, 2018) o mapa da figura 14 a seguir mostra a população de cada território de ESF na cidade de Manacapuru.

Figura 14: População dos Territórios de Estratégia de Saúde da Família na cidade de Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019.

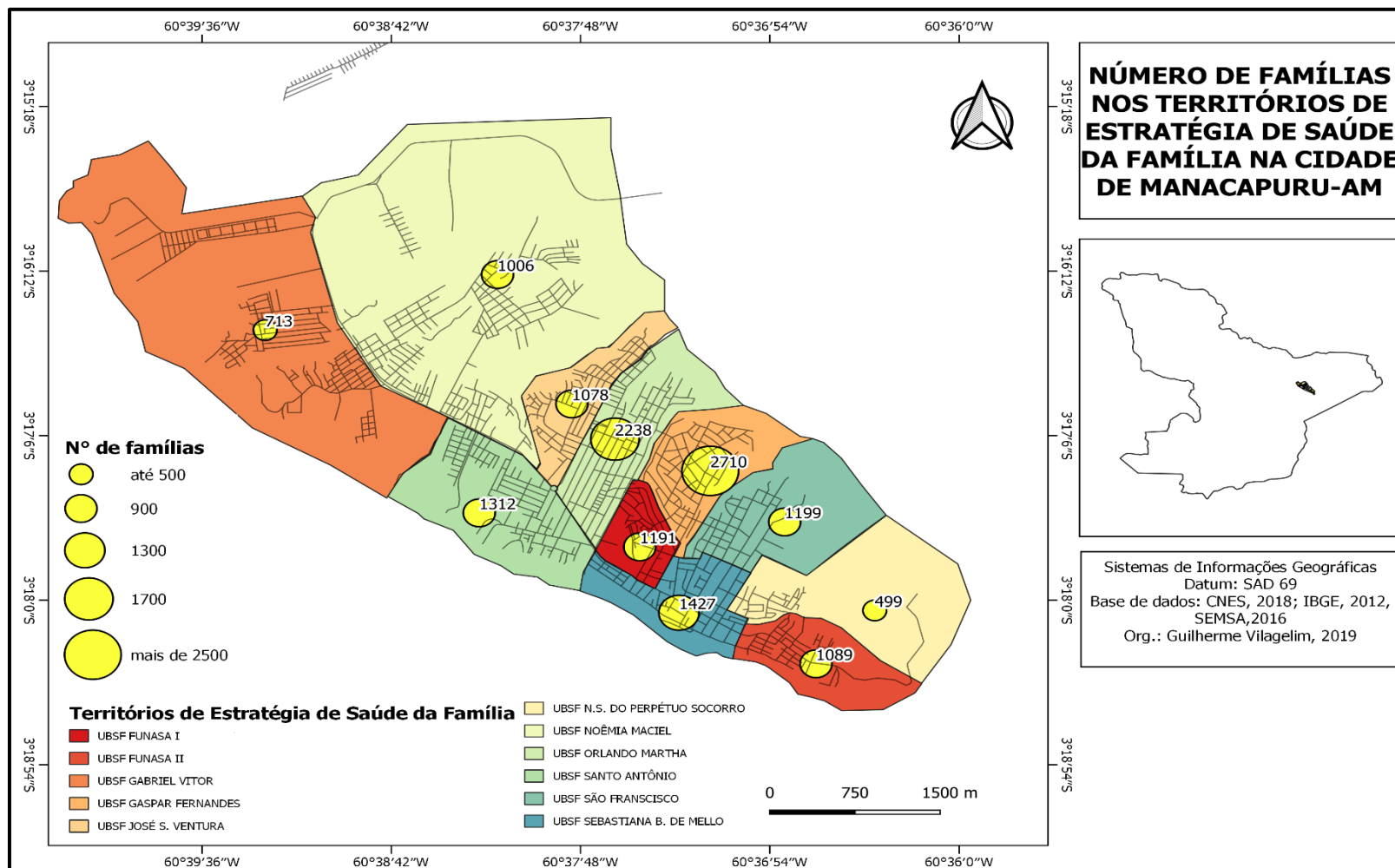
Segundo Brasil (2017), quanto ao funcionamento da UBSF, há recomendações para garantir a coordenação do cuidado, ampliar o acesso e a resolutividade das equipes, de que a população por Equipe de Saúde da Família esteja entre 2.000 a 3.500 pessoas. E os agentes de saúde devem atender, nas suas microáreas, no máximo 750 pessoas.

De acordo com o que foi analisado, dos 11 territórios somente 2 têm o quantitativo populacional recomendado pela PNAB. As UBSF N. Sra. do Perpétuo Socorro localizada no bairro Biribiri e UBSF Gabriel Vitor no bairro Nova Manacá possuem 3.092 e 2.872 habitantes respectivamente. Esta última com ressalvas, pois em 2014 foi inaugurado, na sua área, o conjunto Ataliba David Antônio, do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV), com 968 apartamentos e 32 casas adaptadas para pessoas portadoras de necessidades especiais. Todavia, os dados demográficos deste conjunto não foram catalogados no último censo. Atualmente este residencial é o mais afastado do núcleo urbano da cidade, e por conta disso, os seus moradores têm menor acesso aos serviços de saúde. Por esta razão ele foi mais discutido no item seguinte deste estudo.

Portanto, existem 9 áreas de abrangência, localizadas no centro urbano da cidade que estão acima do recomendado. A população maior está na UBSF Gaspar Fernandes localizada no bairro da Liberdade com 11.101 habitantes dentro da sua área de abrangência. Os demais territórios de estratégia de saúde da família oscilam entre 3800 a 9.569 habitantes.

O mapa da figura 15 a seguir mostra o “raio-x” da situação em cada território quanto ao número de famílias existentes.

Figura 15: Número de famílias nos Territórios de Estratégia de Saúde da Família na cidade de Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019.

De acordo com o marco regulatório do PNAB (2017), em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Portanto, a vulnerabilidade social justifica este percentual de cobertura no município.

A Síntese de Indicadores Sociais (SIS, 2015), mostra que o número médio de pessoas por domicílio (**Pd**) no Estado do Amazonas está em torno de **3,8** pessoas/domicílio. Ao fazer um cálculo rápido entre o número de pessoas por ACS dividido pela quantidade de pessoas por domicílio (**750: Pd**), chegamos ao número aproximado de **197** famílias por Agente Comunitário de Saúde.

Ao realizar um comparativo com o número de famílias em cada território de estratégia de saúde da família, chegamos ao número de ACS necessários para garantir a cobertura do serviço, tendo como parâmetro a média estadual de pessoas por domicílio, com mostra a tabela 1 abaixo.

Tabela 1: ACS necessários para garantir a cobertura do serviço de acordo com a média estadual de pessoas por domicílio

Nome da UBSF	Quantidade de Famílias (a)	n° de ACS para cobertura (a:197)
UBSF GASPAR FERNANDES	2.710	13
UBSF ORLANDO MARTHA	2.238	11
UBSF SEBASTIANA B. DE MELLO	1.427	7
UBSF SANTO ANTÔNIO	1.312	6
UBSF SÃO FRANCISCO	1.199	6
UBSF FUNASA I	1.191	6
UBSF JOSÉ S. VENTURA	1.078	5
UBSF FUNASA II	1069	5
UBSF NOÊMIA MACIEL	1.006	5
UBSF GABRIEL VITOR	713	3
UBSF N.S. DO PERPÉTUO SOCORRO	499	2

Organização: Guilherme Vilagelim, 2019.

De acordo com o PNAB (2017), podem haver até 12 ACS por Equipe de Saúde da Família. Seguindo essa recomendação e a média de pessoas por domicílio no Estado, a UBSF N. Sra. do Perpétuo Socorro localizada no Bairro Biribiri precisaria de apenas 2 ACS e a UBSF Gaspar Fernandes localizada no bairro da Liberdade precisaria de 13 ACS, extrapolando a recomendação da Portaria para a cobertura do serviço.

Entretanto, se mudarmos a média de pessoas por domicílios para a realidade da área urbana da cidade, e dividirmos a população de cada território pela quantidade de seus respectivos domicílios, chegaremos a médias mais precisas para Equipe de Saúde da Família. Como mostra a tabela 2 abaixo

Tabela 2: ACS necessários para garantir a cobertura do serviço de acordo com a média da área urbana da cidade de pessoas por domicílio

Nome da UBSF	População (P)	Quantidade de Famílias (a)	Média de pessoas por domicílio(Pd) (P:a = Pd)	domicílios por agente (Da) (750:Pd=Da)	Nº real de ACS para cobertura (a: Da)
UBSF GASPAR FERNANDES	11.101	2.710	4,9	153	17
UBSF ORLANDO MARTHA	9569	2.238	4,2	178	12
UBSF SEBASTIANA B. DE MELLO	5870	1.427	4,1	182	7
UBSF SANTO ANTÔNIO	5026	1.312	3,8	197	6
UBSF SÃO FRANCISCO	4613	1.199	3,8	197	6
UBSF FUNASA I	5141	1.191	4,3	174	7
UBSF JOSÉ S. VENTURA	4349	1.078	4,0	187	6
UBSF FUNASA II	4702	1069	4,3	174	6
UBSF NOÊMIA MACIEL	3800	1.006	3,5	214	5
UBSF GABRIEL VITOR	2872	713	4,0	187	4
UBSF N.S. DO PERPÉTUO SOCORRO	3092	499	6,1	125	4

Organização: Guilherme Vilagelim, 2019.

Ao alinharmos os parâmetros com a realidade de cada território e determinarmos 6 ACS por equipe de estratégia de saúde da família, percebemos a existência de 4 UBSF deficitárias. A UBSF Gaspar Fernandes precisaria de quase o triplo de ACS para melhorar a cobertura do seu atendimento. Para a UBSF Orlando Martha seria necessário o dobro de agentes para atender com equidade a sua população adscrita. E as UBSF Sebastiana de Mello e FUNASA I precisaria de apenas mais um agente para compor a equipe.

Esses dados mostram o *status* da distribuição dos serviços de atenção básica na área urbana do município. De acordo com eles, diversas áreas extrapolam o limite de população adscrita recomendado pela PNAD. Há a existência de déficit de Agentes Comunitários de Saúde em 4 unidades básicas, e um conjunto habitacional inaugurado há 4 anos com aproximadamente 4.000 pessoas que está distante a 2,5 km da sua Unidade Básica de Saúde e a 4,5 km da área central da cidade.

Essa situação da distribuição dos serviços de Atenção Básica quando combinada ao número inexistente de população urbana com esgotamento sanitário, segundo dados do Ministério das Cidades (2016), podem tornar o ambiente urbano de Manacapuru um local propício para surtos e epidemias das mais variadas doenças infecciosas.

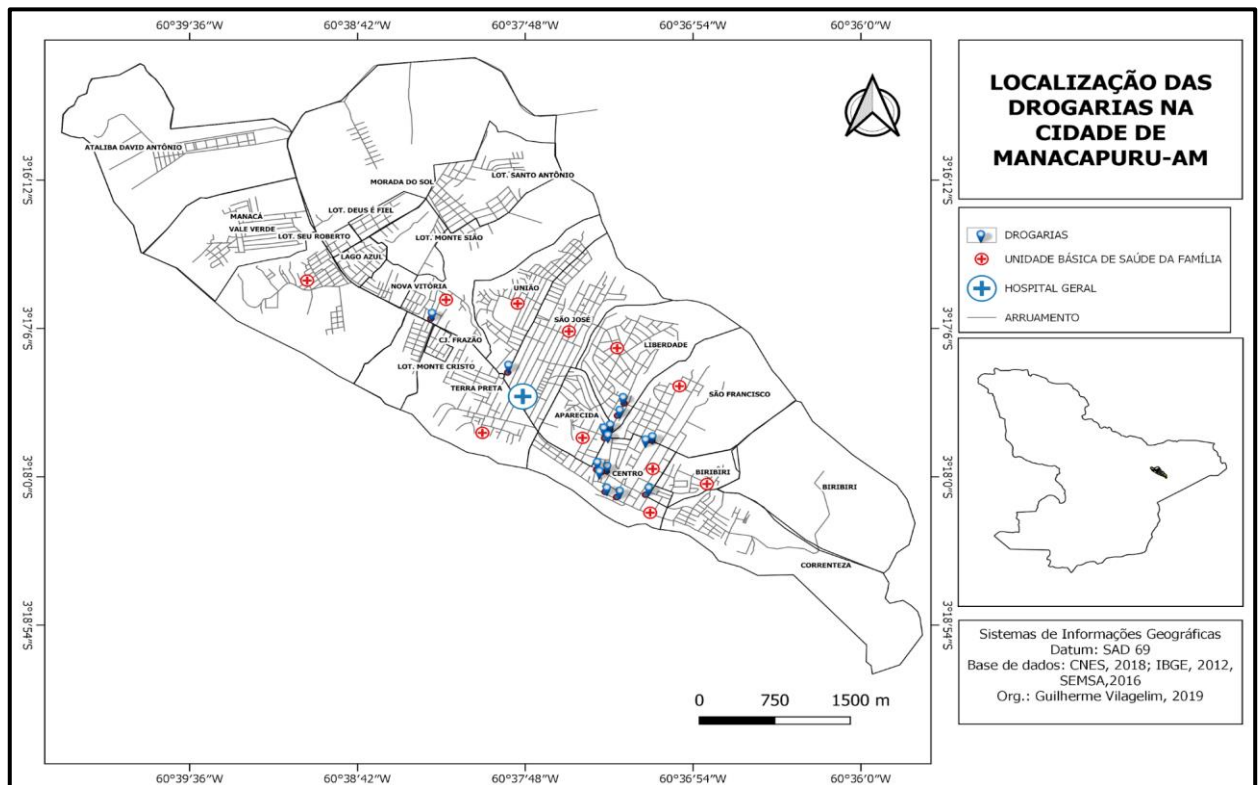
Em relação aos vazios assistenciais, pode-se afirmar que toda a área urbana do município está coberta pela estratégia de saúde da família, entretanto, são necessárias a redistribuição e a criação de mais Unidades Básicas de Saúde da Família.

Durante as visitas de campo e entrevistas com os funcionários do serviço de saúde, foi diagnosticado que a maioria população procura os serviços de atenção primária no Hospital Geral da cidade. Por conta do acesso e por entenderem que nesse estabelecimento terão maior resolutividade dos seus problemas de saúde.

De acordo com relatos dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, o usuário que opta pela Unidade Básica de Saúde, recebe atendimento médico, espera o dia seguinte para levar o pedido de exame para a Policlínica ou ao laboratório, retorna à UBS para mostrar o resultado, e só depois consegue o medicamento ou o encaminhamento. No Hospital Geral, o usuário entra pela emergência e apesar de saber que vai esperar algumas horas para ser atendido, ele tem a certeza de que vai ser consultado pelo médico, fazer os exames, ser medicado ou encaminhado e receber atestado médico.

Outro dado importante detectado na cidade, é a quantidade de drogarias existentes. Com base nas informações coletadas, são exatamente 15 farmácias. A maioria delas está próxima em um raio de 1,5km na área central da cidade, compreendida pelos bairros; Centro, Aparecida, São Francisco e Liberdade, como pode ser visto no mapa da figura 16 abaixo.

Figura 16: Localização das drogarias na cidade de Manacapuru-AM



Organização: Guilherme Vilagem, 2019.

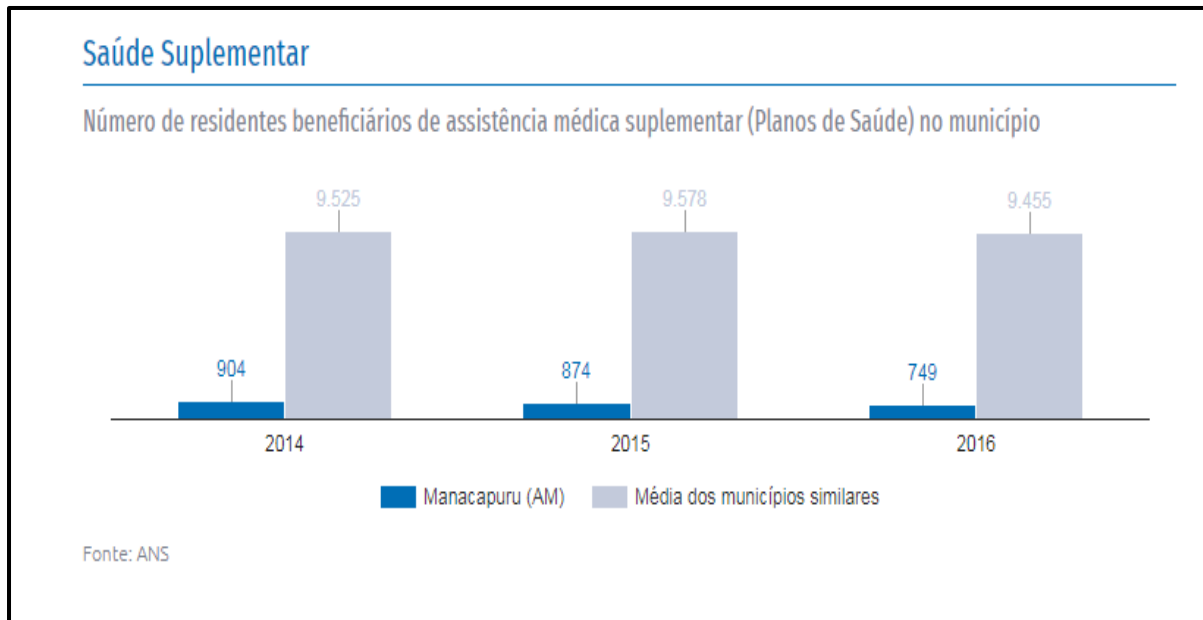
Ao identificarmos os entraves da distribuição dos serviços de atenção básica, o grande fluxo de pessoas em direção ao Hospital Geral requerendo cuidados primários e a concentração de drogarias na cidade, levanta-se a hipótese da existência da alta prevalência de automedicação por parte dos usuários. Este procedimento consiste na seleção e utilização de medicamentos isentos de prescrição para tratar doenças autolimitadas ou seus sintomas (OMS, 1998).

Essa prática segundo Gama (2016), é frequente em diferentes culturas, e pode ser usada como estratégia para a resolução de pequenos problemas de saúde, especialmente em populações cujo o acesso a serviços de saúde é restrito.

Outro dado que fortalece esta tese, é o número de residentes beneficiários de assistência médica suplementar (Planos de Saúde) no município que chega a 746

usuários, que em sua maioria, são funcionários públicos beneficiados com acordos trabalhistas recentes. Estes números representam 1,2% da população urbana, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2016) como pode ser visto no gráfico da figura 17 abaixo.

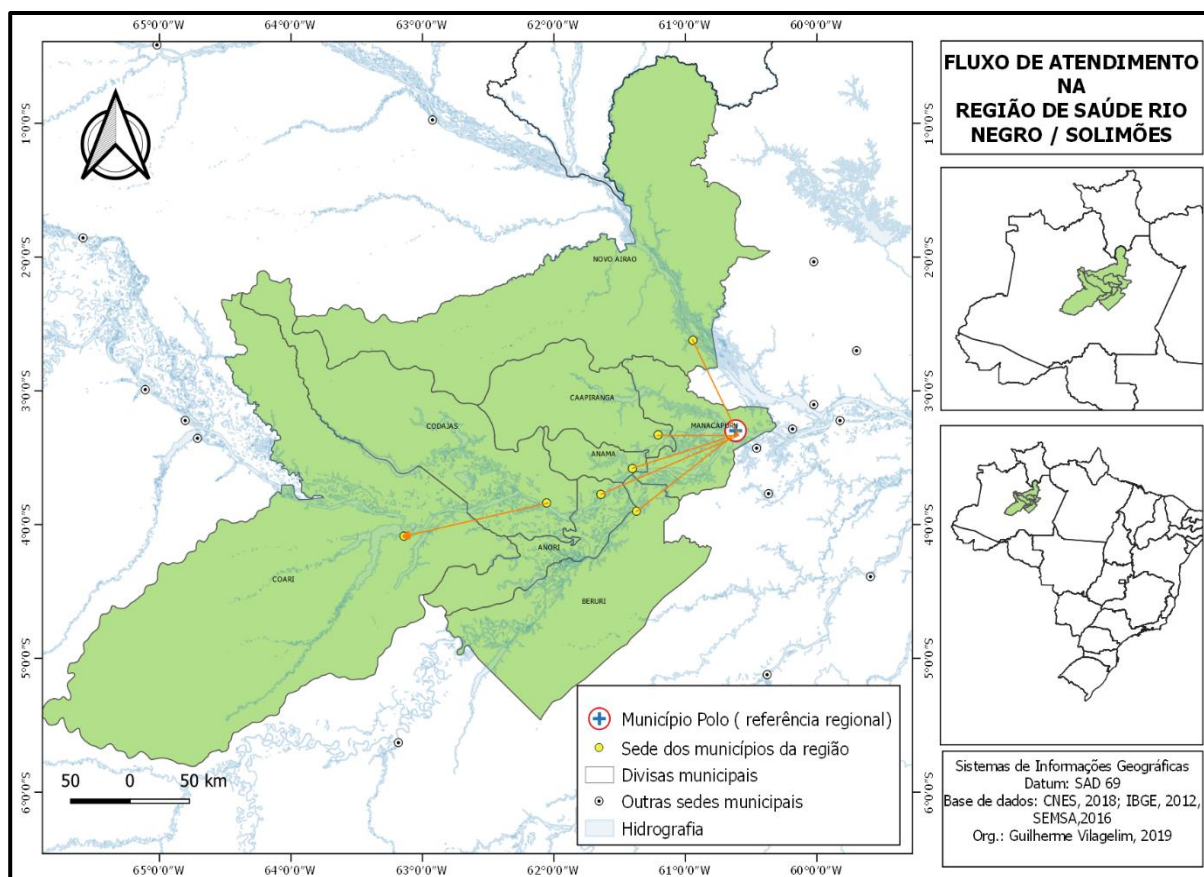
Figura 17: Gráfico de número de residentes beneficiários de assistência médica suplementar (Planos de Saúde) em Manacapuru-AM.



Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2016.

Essa hipótese nos ajuda entender como o município se comporta frente às demandas internas e externas de saúde. Vale lembrar que a sua função intermediária na rede urbana do médio Solimões, atrai fluxo de atendimento de cinco dos sete municípios que compõem, junto com ela, a Região de Saúde Rio Negro/Solimões, como pode ser visto no mapa da figura 18 a seguir.

Figura 18: Fluxo de atendimento na região de saúde Rio Negro/Solimões.



Organização: Guilherme Vilagem, 2019.

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde – SUSAM, (AMAZONAS, s.d.), Manacapuru além de ser o município polo de referência da região (para alta complexidade), também é referência na sua microrregião (para média complexidade) que é composta por Anamá, Anori, Beruri, Caapiranga e Novo Airão que atuam como módulos assistenciais (para baixa complexidade) na região de saúde. Portanto, há indicações da secretaria de saúde para que os problemas e agravos de alta e média complexidade sem resolutividade nesses municípios, sejam encaminhados para cidade de Manacapuru.

Em meio a esta demanda regional, a Secretaria de Saúde do Município precisa melhorar o acesso dos cidadãos aos serviços de Atenção Básica nas unidades de saúde, para não sobrecarregar o atendimento no Hospital Geral.

2.3. Desafios ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica na cidade de Manacapuru.

O acesso representa o fator que intermedia a relação entre a procura por cuidados de saúde, a partir da percepção de necessidades de saúde pelos indivíduos, e a entrada no serviço (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

Os problemas relacionados à acessibilidade estão presentes em diversos contextos, destacando-se os fatores geográficos, desigualdades socioeconômicas e fatores relacionados à organização da oferta e à demanda (VIEIRA et al, 2007).

Entre os fatores geográficos, as barreiras naturais ou geradas a partir da transformação do espaço pela atividade humana (UNGLERT et al, 1987) e o tempo de deslocamento determinado pela distância percorrida, constituem os principais obstáculos ao acesso dos usuários aos cuidados de saúde, pois representam a resistência imposta pelo espaço geográfico às trajetórias de deslocamento dos usuários em direção aos serviços ou aos locais onde se desenvolvem as ações de saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

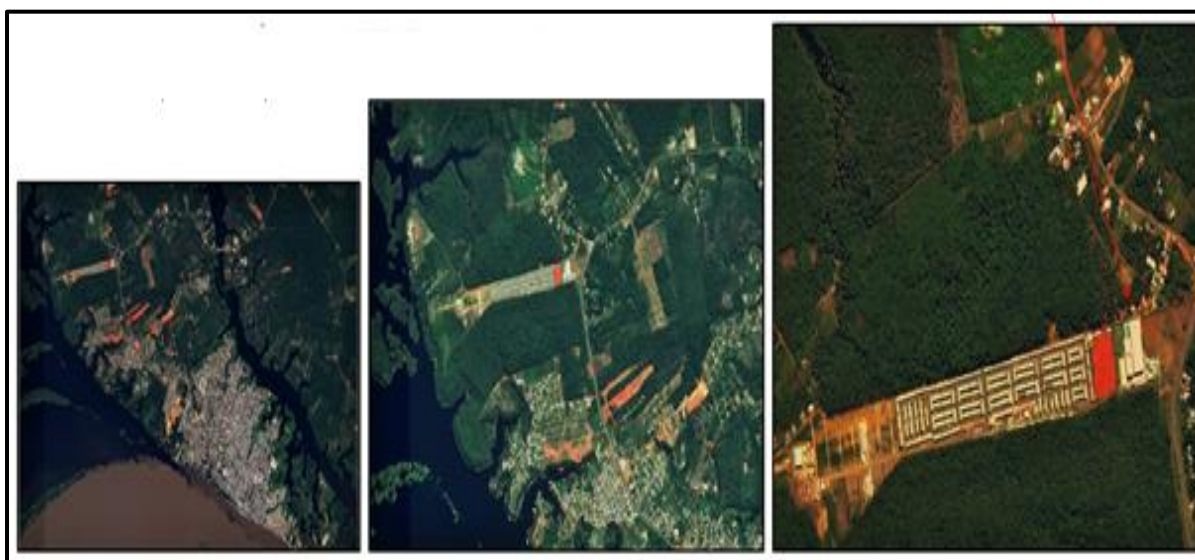
Em Manacapuru, grande parte dos serviços de saúde se concentra na área central da cidade. Os bairros distantes, na medida que vão se afastando perdem a qualidade do acesso aos serviços básicos de saúde.

Atualmente, o aglomerado urbano mais distante do centro da cidade é o conjunto residencial Ataliba David Antônio, do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV), localizado na zona oeste da cidade, no km 77 da rodovia Manoel Urbano. Inaugurado em 2014, com a população estimada em 4.000 habitantes, o conjunto está inserido na área de cobertura da UBSF Gabriel Vitor, distante 2,5 Km no bairro Nova Manacá.

De acordo com pesquisa realizada com os moradores em novembro de 2018, a principal forma de deslocamento do residencial para as demais localidades é por mototáxis, seguido por bicicleta ou de ônibus coletivo.

O conjunto residencial possui Escola de Tempo Integral e modesta área comercial na sua principal via de acesso. Esses elementos garantem matrícula escolar para 100% dos jovens e crianças e o acesso a bens de consumo necessários para o dia a dia dos moradores, respectivamente. Entretanto, a falta da Unidade Básica de Saúde próxima, prejudica a promoção do cuidado dessa população. Como pode ser visto na figura 19 a seguir.

Figura 19: Localização do Conj. Residencial Ataliba David Antônio.



Fonte: Google Maps, 2018.

Portanto, a Estratégia de Saúde da Família do município tem grande desafio para dar equidade no seu acesso. Por um lado, tem territórios concentrados na área central que excede o quantitativo populacional recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica. E por outro tem o surgimento de novos conjuntos habitacionais oriundos do Programa Minha Casa Minha Vida que demandam cobertura e a criação de outros novos territórios.

Estudos recentes relacionados ao acesso geográfico da saúde (ANJOS, 2017) e (SOUZA et al 2015), consideram o aspecto morfométrico frente à complexidade dos processos socioespaciais. Quando não desconsideram esses processos, acabam relativizando este comportamento e a identidade das populações atendidas.

Essas informações são importantes, pois revelam o comportamento da cidade na rede urbana regional. Todavia, na medida em que se desenvolve melhor capacidade de compreensão das redes urbanas no Estado, melhor se implementam ações eficazes para o atendimento de grupos populacionais mais vulneráveis, e conseqüentemente, possibilitando o desenvolvimento territorial.

CAPÍTULO 3 - PLANEJAMENTO DA SAÚDE A PARTIR DA OBSERVAÇÃO SOCIAL SISTEMÁTICA NO TERRITÓRIO

Na prática, a teoria é outra.
Tiago Maiká Müller SCHWADE

O aumento da população urbana do município de Manacapuru e a intensificação do fluxo circulatório em sua direção, por conta da sua função urbana, nos dá o sinal de alerta sobre o acesso aos serviços básicos de saúde. E nos direciona, a analisar o papel do entorno físico e social do local de moradia frente à qualidade de vida da população. Para determinar e quantificar esse papel, este estudo propôs o uso da Observação Social Sistemática na investigação dos aspectos de vulnerabilidade social do Conjunto Residencial Ataliba David Antônio, diagnosticando a situação de saúde deste território, a partir de um trabalho em conjunto com os alunos da escola do bairro.

3.1 Vulnerabilidade Social e análise territorial

Viver na cidade é certamente a relevante mudança demográfica ocorrida nas últimas décadas. As cidades representam metabolismos complexos que, com suas redes e conexões, têm implicações em saúde, incluindo a exacerbação dos problemas sociais como a violência, os acidentes de trânsito, a presença de doenças emergentes e reemergentes, transmissíveis ou não (PROIETTI *et al.*, 2008, p.471).

As características do entorno dos locais de moradia nos centros urbanos, influenciam na qualidade de vida de sua população. Na literatura epidemiológica, estes locais são caracterizados como Unidades de Contexto¹⁸. E a heterogeneidade dos atributos do entorno físico e social desses contextos, segundo Proietti *et al* (2008), produzem impactos na saúde dos seus habitantes.

Essas Unidades de Contexto podem ser de origem administrativa quando a sua delimitação está referenciada em unidades administrativas, com limites

¹⁸ Unidades de Contexto é “[...] local de residência em centros urbanos, com suas características físicas e sociais (UC)”. Uma outra alternativa para a definição de uma UC, recentemente relatada em estudos internacionais, é a que utiliza a percepção de seus moradores” ou uma delimitação referenciada em unidades administrativas, com limites geográficos previamente delimitados (PROIETTI *et al.*, 2008, p.470). As UC são compreendidas como unidades ecológicas inseridas em conjuntos sucessivamente mais amplos e interdependentes (SAMPSON *et al.*, 2002).

geográficos previamente delimitados (PICKETT e PEARL, 2001; WERNECK et al., 2007), ou podem ser Unidades de Contexto percebidas, quando não necessariamente corresponde à delimitação geográfica ou administrativa, podendo ir além ou aquém da mesma (PROIETTI et al., 2008, p.474). Se considerarmos a UC como ambiente onde as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades diárias, a mesma pode ser aferida a partir da percepção dos indivíduos nela aninhados (CHO *et al.*, 2005; WALKER e HILLER, 2007).

A conexão entre vulnerabilidade social e território se dá porque a situação da primeira é caracterizada a partir da análise do segundo. Território e contextos de vida são termos que possuem o mesmo significado. Essa relação fica clara quando Lima *et al.* (2012) destaca que contextos são as condições objetivas e subjetivas da vida do lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta a saúde dos indivíduos e das populações.

Portanto, ao observarmos diretamente as condições físicas e as interações sociais que ocorrem na Unidade de Contexto (UC) podemos aferir o grau de vulnerabilidade social da localidade, quando esta é unidade administrativa com limites geográficos previamente delimitados, como por exemplo, bairros, setores censitários, áreas de abrangência das unidades básicas de saúde.

As desigualdades sociais estão associadas ao território, marcando os territórios de vulnerabilidade, que apresentam os piores indicadores sociais, baixa cobertura de acesso aos serviços públicos de saúde e educação, saneamento, segurança, transporte, etc. Assim, temos que reconhecer o contexto territorial que define as vulnerabilidades das populações, não excluindo as características do local (MARANDOLA e HOGAN, 2005).

Vale ressaltar que o conceito de Vulnerabilidade Social se aplica a partir do estado de maior ou menor exposição dos indivíduos e das populações aos fatores de exclusão social, que em última instância revelam situação de desigualdade social, em contextos de negação dos direitos sociais (LIMA, 2016, p.23).

A vulnerabilidade social, segundo (Figueiredo *et al.*, 2018, p.77) pode ser entendida como a ausência de serviços estruturais e atributos físicos ou de conotação abstrata, que levam o indivíduo a situação de exclusão ou marginalidade. As áreas com características periféricas são testemunhas dessa negação afirmativa, sendo o ambiente em que os sujeitos excluídos se aglomeram na busca de existência, independente das condições precárias de sobrevivência.

Para Castro (2007), a vulnerabilidade social é o estado de incapacidade humana que se manifesta de maneira coletiva e com origens multifatoriais. O estudo da vulnerabilidade social é indispensável para a gestão territorial, em virtude da localização e a distribuição espacial dos elementos que influem no desenvolvimento e bem-estar da população.

Para Lima (2016) é importante entender que a Vulnerabilidade não atua sobre o indivíduo isoladamente, mas em toda a comunidade, e em diferentes intensidades de cada fator, e possui reprodução territorial. A citação abaixo aponta as interações dos fatores de vulnerabilidade e como eles se relacionam, sempre vislumbrando conexões com o território.

[...] compreender o aspecto multidimensional presente no conceito de vulnerabilidade social, não restringindo esta, à percepção de pobreza tida como posse de recursos financeiros, embora a insuficiência de renda seja obviamente um importante fator de vulnerabilidade. É necessário que a vulnerabilidade seja entendida como conjunções de fatores, envolvendo, via de regra, características do território, fragilidades ou carências das famílias, grupos ou indivíduos e deficiências da oferta e do acesso a políticas públicas (BRASIL, s./d.:11).

Diante disso, para Figueiredo *et al.* (2018, p.77) a vulnerabilidade social tem variações no espaço e no tempo, em virtude da heterogeneidade dos eventos e causas que incidem em sua manifestação. As preocupações relacionadas com a justiça social ao olhar para um bairro desfavorecido, através da lente de equidade, tiram o foco dos déficits individuais e direcionam para compreensão do contexto do lugar, acreditando que os resultados dos critérios de observação possam servir como base para possíveis soluções que corrijam a distribuição desigual de recursos dentro do território.

Lima (2016, p.31) classifica a vulnerabilidade social em duas. A primeira é denominada como Vulnerabilidade da População, que alcança toda a dimensão da Vulnerabilidade relacionada aos aspectos populacionais, ou seja, todos que dizem respeito às questões individuais e coletivas, como renda familiar, ciclos de vida, educação e situação civil. A segunda é classificada, como Vulnerabilidade do Lugar, que compreende a dimensão da vulnerabilidade relacionada aos aspectos ambientais, locais e estruturais, como saneamento básico, qualidade ambiental, estrutura viária e existência de equipamentos sociais.

Para o autor, as questões envolvendo moradia, abastecimento de água, disponibilidade de energia, coleta de lixo, existência de banheiro nos domicílios, densidade populacional, além de outros são importantes pois intensificam ou amenizam essa situação dos indivíduos.

As questões que envolvem a vizinhança, segundo Lima (2016), são importantes, também, para o entendimento da vulnerabilidade, pelo fato de ser o ambiente de convivência da comunidade, ou seja, o lugar das interações sociais extrafamiliares.

Do mesmo modo, também são importantes a existência de questões ambientais como a falta de saneamento básico, lixo acumulado, ausência de pavimentação, falta de iluminação pública e de calçadas e a falta de arborização (MONTEIRO e NAZÁRIO, 2000; FARIA *et al.*, 2007; DOS SANTOS e ROSSONI, 2008; DE SOUZA, 2009; ALVES, 2015).

Para Figueiredo *et al.* (2018, p.77), existem variadas metodologias para o estudo da vulnerabilidade social, essa diversidade de métodos fundamenta-se no caráter polissêmico da terminologia. Castro e Salinas (2017) referem à utilização de indicadores com base em informação obtida em censos ou questionários em virtude que estas estatísticas quantitativas auxiliam na caracterização de padrões territoriais.

A observação direta destas condições físicas e interações sociais que ocorrem na Unidade de Contexto pode ser realizada através do método de pesquisa denominado como Observação Social Sistemática. Essa estratégia para a mensuração de atributos físicos e sociais é a tradução para o português da expressão em língua inglesa “*systematic social observations*” (PROIETTI *et al.*, 2008, p.476).

A observação é a principal etapa do método científico e na geografia como aponta Pierre George (1978), deve ser o primeiro procedimento metodológico geográfico, pois consiste na seleção, coleta e codificação do conjunto de comportamentos e configurações relativas aos objetos de interesse do estudo (LINDZEY *et al.*, 1968). A observação deve ser relatada como foi visualizada, sem que, a princípio, as ideias interpretativas dos observadores sejam computadas.

Quando o conjunto de informações se refere aos comportamentos e configurações de interesse dos seres humanos, denomina-se observação social. Observação social se torna sistemática quando observação e coleta são feitas de acordo com procedimentos e regras explícitas que permitam a replicação e o uso da lógica da inferência científica (REISS, 1971).

Com isso podemos definir observação social sistemática (OSS) como a observação direta das condições físicas e interações sociais que ocorrem no local de moradia ou vizinhança (RAUDENBUSH et al, 1999).

Segundo Bottoms e Wiles (1997), a Observação Social Sistemática é a aplicação de métodos de pesquisa na observação direta no campo, representada por um ponto de encontro entre o trabalho observacional dos etnógrafos e as abordagens sistemáticas e generalizáveis da ciência social quantitativa. De acordo com Moore *et al.* (2008), esta metodologia constitui valiosa alternativa, em virtude de que a delimitação de áreas pode ser obtida a partir de informações geográficas, imagens de satélite e informações georreferenciadas.

Reiss (1971) sistematizou, no campo da sociologia, a OSS como estratégia para o estudo dos fenômenos sociais, detalhando suas vantagens, desvantagens e discutindo questões metodológicas para sua utilização em outras áreas do conhecimento.

Na área de saúde pública, em um artigo clássico, Cohen *et al.* (2000) investigaram a associação entre a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis e as características físicas da vizinhança. Foi construído o “indicador das janelas quebradas”, formado a partir das características da vizinhança. Os autores concluíram que o “indicador de janelas quebradas” foi aquele que mais explicou a ocorrência de gonorreia quando comparado com o “de privações”, raça (cor da pele) e idade (COHEN *et al.*, 2000).

Nas últimas décadas, as características do entorno físico e social do local de moradia, estão cada vez mais presentes na pesquisa epidemiológica, favorecendo a compreensão mais holística da ocorrência dos eventos relacionados à saúde (ERS) nas populações (DUNN *et al.*, 2007)

Como alternativa, alguns novos elementos têm sido adotados como, por exemplo, uso de características agregadas (bairros ou áreas residenciais) com informações dos atributos físicos e sociais que, por sua vez, plausivelmente afetam a saúde dos indivíduos.

A incorporação de variáveis de contexto nas investigações em saúde é contribuição importante de áreas como sociologia, educação e criminologia. Esta última, foi a que contribuiu com a teoria que argumenta sobre o impacto da vizinhança na desordem social: a teoria das janelas quebradas (COHEN *et al.*, 2000).

Essa teoria, desenvolvida por James Q. Wilson, faz associação entre desordem e crime. "Se uma janela quebrada não é reparada, todas as janelas em breve serão quebradas". Janelas quebradas são um sinal de que ninguém se importa. A teoria sugere que a aparência do ambiente físico fornece mensagens diretas que regulam o comportamento individual. O entorno físico deteriorado não indica apenas negligência, mas também que comportamentos usualmente proibidos ou socialmente inaceitáveis, são ali tolerados. O aspecto físico da vizinhança indica cuidado ou abandono e isso influencia o comportamento e as relações entre as pessoas (WILSON *et al.*, 1989).

Para Proietti et al. (2008, p.476), o que motiva a incorporação da OSS em estudos epidemiológicos é a existência de características físicas e sociais da vizinhança, consideradas variáveis integrais, que não podem ser capturadas de forma válida e confiável por meio de inquéritos populacionais.

A Observação Social Sistemática portanto, pode ser utilizada para gerar medidas de atributos físicos e sociais da UC em vários níveis de agregação (ruas, quarteirões, grupos de quarteirões, bairros) e indicadores tais como: estética do lugar (presença ou ausência de lixos nas ruas, pichações); territorialidade (equipamentos de segurança, hostilidade); disponibilidade de áreas de lazer (praças, jardins); e facilitadores para o consumo de álcool e fumo (presença ou ausência de bares e locais de venda de cigarros).

Nesta metodologia, o pesquisador ao invés de formular perguntas ao entrevistado, ele constrói informações a partir da observação da área de estudo, mantendo o rigor metodológico na elaboração dos instrumentos de coleta de informação, no controle e na garantia da veracidade dos dados.

Essa ferramenta de observação vem sendo cada vez mais utilizada em saúde pública, segundo Proietti et al. (2008, p.477), para determinar a associação entre atributos físicos e sociais da UC e diversos eventos relacionados à saúde, comportamentos e estilos de vida.

Para Freitas *et al.* (2013, p.2099) a Observação Social Sistemática oferece a oportunidade de expandir a compreensão sobre quais características do entorno físico e social da vizinhança têm impacto sobre a ocorrência de eventos relacionados à saúde nas populações ali aninhadas.

A agregação desta metodologia nas análises territoriais, prova de que os territórios são mais do que recortes políticos administrativos, são também, espaços

de luta, de posse e de significado. Isso inclui mais elementos para compreender a organização espacial e a complexidade das relações de dependência, distribuição, concentração de riquezas e dos quadros de vulnerabilidade específicos.

Portanto, a multidimensionalidade dos processos socioespaciais identificados na análise territorial, nos leva a compreender a vulnerabilidade social como um paradoxo constituinte e contraditório da vivência territorial do ser humano no tempo e no espaço, em era técnica-científica-informacional, marcada pela revolução científica e tecnológica, pela globalização e pelas sociedades em redes.

3.2 Situação de Vulnerabilidade Social no Conjunto Habitacional Ataliba David Antônio.

A Observação Social Sistemática tem sido utilizada para a coleta de informações, conforme apontado por Freitas et al (2013). Os relatos da operacionalização desta metodologia, avaliaram a concordância do instrumento através dos dados de vulnerabilidade social gerados a partir da investigação realizada no Conjunto Residencial Ataliba David Antônio nos meses de outubro e novembro de 2018.

Com a participação dos alunos e professores do Centro de Ensino de Tempo Integral Washington Régis, situado no mesmo conjunto, foi possível produzir informações essenciais para o mapeamento de áreas críticas. A fim de dar suporte no planejamento da saúde básica e estimular a interação da escola com comunidade a partir da construção de um diagnóstico qualitativo de situação de vulnerabilidade social do território que a mesma está inserida.

Essa cooperação partiu da justificativa de que é preciso buscar formas para que a escola esteja mais presente no dia a dia da comunidade e também o inverso. De modo que a escola, os 32 estudantes do 7º ano e os 2 professores pudessem se envolver em atividades voltadas para o bem-estar de sua comunidade.

A gestão escolar não deve ser vista somente como o conjunto de práticas burocráticas voltadas à escola, mas sim, precisa ser vista como um viés de promoção do fazer democrático e da cidadania. A escola não pode e não deve fechar-se em seus muros, deixando de considerar toda a realidade que a norteia e que exerce influência constante no processo de ensino aprendizagem.

A sociedade vem se transformando em ritmo cada vez mais acelerado, logo as instituições de educação não podem manter-se distantes do meio social que exige proximidade pertinente se o êxito da educação for o objetivo a ser alcançado.

Atualmente não há como a escola subsistir sozinha no que diz respeito às suas atribuições, se considerarmos tanto fatores externos que existem à sua volta. Portanto nota-se que é imprescindível sintonias entre a comunidade local e o ambiente escolar para garantir a melhoria educacional e isso pode ser promovido mais facilmente quando a escola possui gestão democrática.

Esta pesquisa participativa teve como objetivo analisar e gerar um índice (qualitativo) de vulnerabilidade social, através do uso do geotecnologias junto ao método de Observação Social Sistemática.

Antes da ida ao campo, houve a apresentação do cronograma de atividades e uma oficina de capacitação com os alunos e os professores sobre “ A construção de indicadores de atributos físicos e sociais de vizinhança”, com o objetivo de conhecer as características do entorno físico e social destas moradias e o seu índice de vulnerabilidade social, seguindo o Plano de trabalho do quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Plano de trabalho apresentado à escola.

Data	Atividade	Local
22/10/18	Apresentação da Proposta	Auditório / Escola
23/10/18	Capacitação da metodologia	Auditório / Escola
24/10/18	Aplicação dos questionários	Comunidade
25/10/18	Sistematização das informações	Lab. de informática

Organização: Guilherme Vilagelim, 2018.

As etapas da análise situação de vulnerabilidade social no conjunto habitacional Ataliba David Antônio iniciaram-se a partir dos levantamentos bibliográficos, seguido pela apresentação do plano de trabalho na escola, a capacitação dos estudantes e professores, visitas *in loco*, preenchimento dos questionários, processamento das informações coletadas em campo, a construção da matriz de indicadores e o mapeamento com uso do software livre QGIS 3.4

A análise sobre a vulnerabilidade social do conjunto habitacional do Programa Minha Casa Minha Vida - PMCMV teve como suporte metodológico a OSS, com a qual, se buscou a identificação de situações estruturais do lugar na composição do território que possam influenciar na qualidade de vida dos indivíduos, sendo ou não fatores favoráveis à questão de saúde ou doença para a comunidade.

Como instrumento de investigação, foram utilizados formulários para a análise e o conhecimento dos aspectos do lugar, sendo possível a identificação de contrastes e desigualdade social a partir de variáveis que refletem a dinâmica organizacional do território.

A partir do entendimento dos alunos e professores sobre a metodologia de análise OSS, e os instrumentos de suporte investigativos (SIG). Os alunos seguiram estratégias de atuação idênticas a de pesquisadores no campo e no laboratório. O desenvolvimento da pesquisa foi concretizado dentro da sequência de ações e tomadas de decisões.

As variáveis utilizadas tiveram como parâmetro, o estudo realizado por Figueiredo *et al.* (2018), que usaram os seguintes critérios e variáveis que estão no quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Critérios e variáveis

Critério	Variável
Rua (RU)	Pavimentação do segmento (Cs)
	Sinalização de transporte coletivo (St)
	Condição de pavimentação (mato, buraco, saliência) (Cp)
	Aspecto de moradias (Am)
	Arborização (Ab)
Áreas de lazer (DI)	Local para socialização (parques e praças) (Ls)
	Local para prática de atividade física (Lf)
	Percepção do ambiente como agradável para atividade física (Pa)
Territorialidade (TE)	Hostilidades (ocupação irregular) (Ho)
	Terrenos baldios (Tb)
Desordem Física (DF)	Imóveis pichados (Ip)
	Imóveis com sinais de deterioração (Id)
	Acúmulo inadequado de resíduos sólidos urbanos (Ai)
Facilitadores de substâncias entorpecentes (FS)	Bares (Ba)
	Venda de Cigarro (VL)

Adaptação: Figueiredo et al. (2018)

Após a escolha das variáveis e dos critérios, foi definida a escala de quantificação gradual de 01 a 05, onde a nota 01 era equivalente a um bom grau, portanto de baixa vulnerabilidade e a nota 05 equivalente a um grau inferior, portanto de alta vulnerabilidade, como pode ser visto na figura 20 abaixo.

Figura 20: Questionário aplicado na pesquisa

OSS GEO[®]
Indicador de Vulnerabilidade Social

Critério	Variável	5	4	3	2	1
Rua (RU)	Pavimentação do segmento-(cs)					
	Sinalização de transporte coletivo-(st)					
	Condição de pavimentação (mato, buraco, saliência) -(cp)					
	Aspecto de moradias-(am)					
	Arborização-(ab)					
$RU = (cs + st + cp + am + ab)/5$						
Áreas de lazer (DI)	Local para socialização (parques e praças) -(ls)					
	Local para prática de atividade física (lf)					
	Percepção do ambiente como agradável para atividade física-(pa)					
$DI = (ls + lf + pa)/3$						
Territorialidade (TE)	Hostilidades (ocupação irregular)-(ho)					
	Terrenos baldios-(tb)					
$TE = (ho + tb)/2$						
DESORDEM FÍSICA (DF)	Imóveis pichados-(ip)					
	Imóveis com sinais de deterioração-(id)					
	Acúmulo inadequado de resíduos sólidos urbanos-(ai)					
$DF = (ai + id + ip)/3$						
Facilitadores de substâncias entorpecentes (FS)	Bares (Ba)					
	(VL)					
$FS = (Ba + VL)/2$						

Critérios	Médias
RU	
DI	
TE	
DF	
FS	

$IVS = (RU + DI + TE + DF + FS) / 5$

IVS	
-----	--

Organização: Guilherme Vilagelim, 2018.

A definição das médias das variáveis e dos critérios seguiram os parâmetros usados pelos autores Figueiredo *et al.* (2018), onde a somatória das notas das variáveis divididas pela quantidade variáveis seria o resultado da média de cada critério, de acordo com a fórmula abaixo:

Critério **RUA** composto por 5 variáveis: $(cs + st + cp + am + ab) / 5 = RU$.

Critério **ÁREAS DE LAZER** composto por 3 variáveis: $(is + if + pa) / 3 = DI$.

Critério **TERRITORIALIDADE** composto por 2 variáveis: $(ho + tb) / 2 = TE$.

Critério **DESORDEM FÍSICA** composto por 3 variáveis: $(ip + id + ai) / 3 = DF$.

Critério **FACILITADORES DE SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES** composto por 2 variáveis: $(Ba + VL) / 2 = FS$

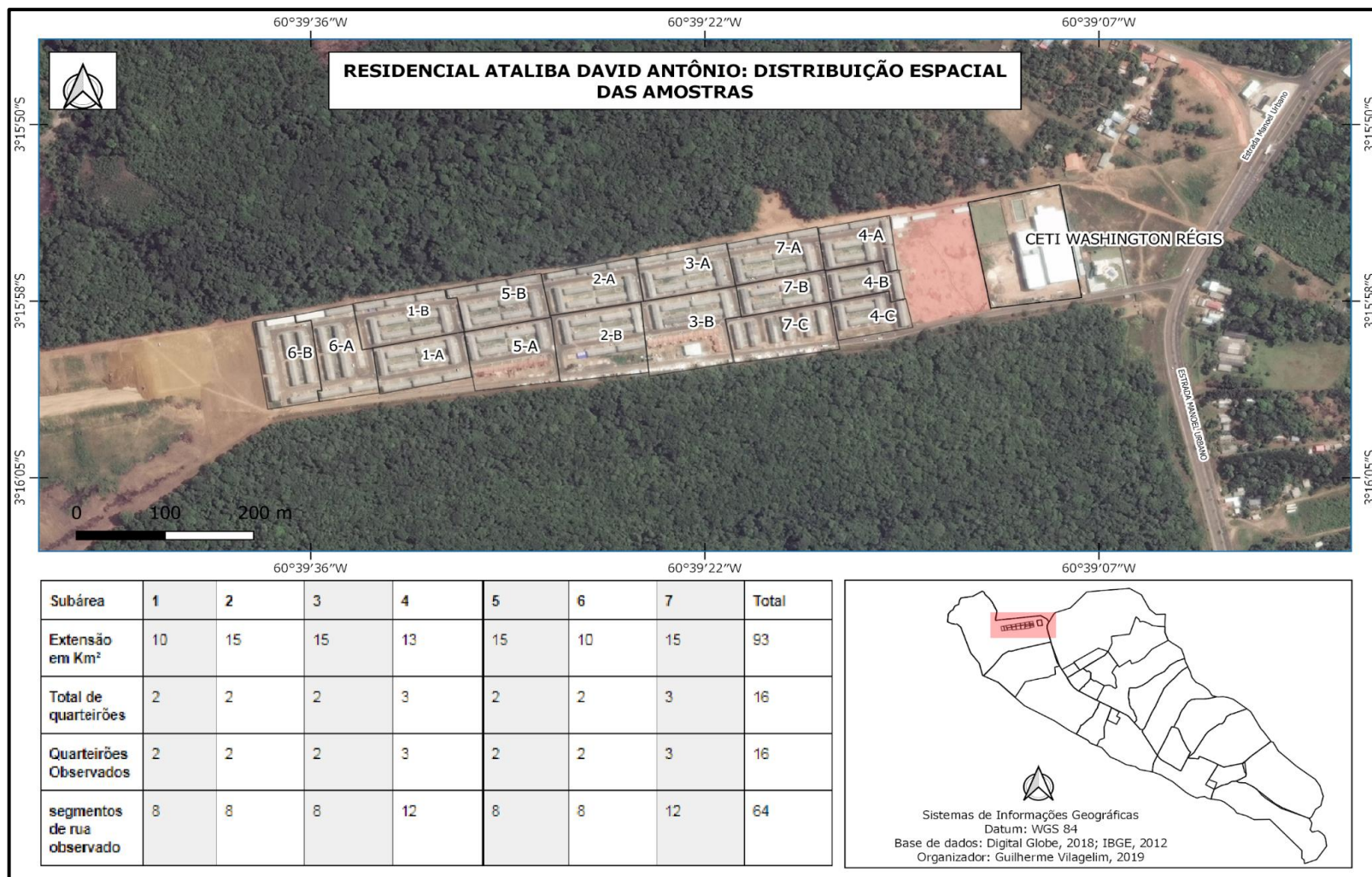
Em seguida, de acordo com Figueiredo *et al.* (2018), foi definida a soma do conjunto de critérios resultantes das variáveis estabelecidas. A soma possibilitou a formação de um conjunto de indicadores representando o IVS de cada subárea (AS) analisada, considerando que cada subárea é composta por cinco critérios. Sendo assim temos:

$$IVS \text{ da Subárea (AS)} = \Sigma (Ru, Di, Te, Df, Fs) / 5$$

Logo após a escolha das variáveis, dos critérios, das subáreas e da escala de quantificação, o residencial Ataliba David Antônio foi dividido em 7 subáreas e para cada uma delas, ficou responsável uma equipe de alunos para realizar as observações em campo. A escolha dos integrantes da equipe foi de acordo com o endereço de cada aluno, os mesmos ficaram responsáveis por analisar o quarteirão em que moravam.

Para que os alunos realizassem as observações no território, representado pelas subáreas, a equipe se subdividiu em duplas, e cada uma delas realizou amostras por quarteirões. Totalizando 16 amostras em 64 segmentos de rua analisados pelo método de Observação Social Sistemática. Vale ressaltar que 100% dos quarteirões foram observados *in loco* de acordo com as informações do mapa da figura 21 a seguir.

Figura 21: Distribuição espacial das amostras.



Organização: Guilherme Vilagem, 2019

Após a apresentação dos procedimentos metodológicos, foram realizadas as visitas *in loco* com os alunos e professores para o preenchimento dos formulários e coleta de informações, como pode ser visto no mosaico da figura 22 abaixo.

Figura 22: Atividade de campo realizada em novembro de 2018.



Autor: Guilherme Vilagelim, 2019.

Depois da ida a campo, a etapa seguinte do estudo foi o processamento das informações coletadas. Este procedimento foi realizado no laboratório da escola, consistiu na transcrição e no cálculo das variáveis na planilha do Excel. Como pode ser visto na figura 23 a seguir.

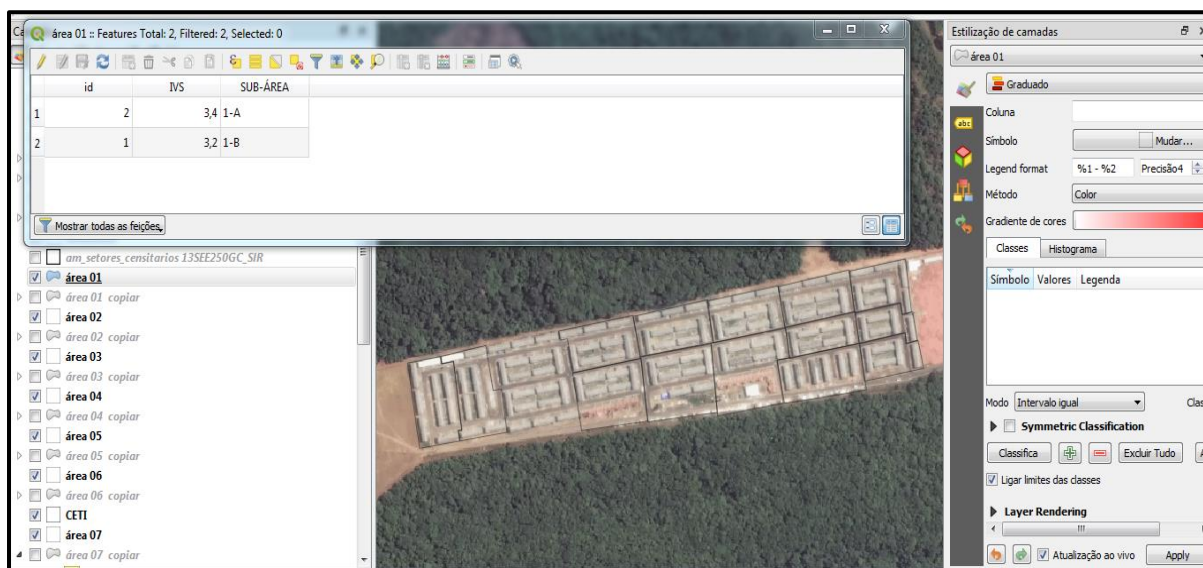
Figura 23: Coleta e processamento das informações



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

A construção da matriz de indicadores e o mapeamento com o uso do software QGIS 3.4 foi realizada logo após a informatização dos dados coletados durante a pesquisa, como mostra a figura 24 abaixo.

Figura 24: Construção da Matriz de Indicadores no Qgis



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019.

Essa matriz quando desenvolvida num SIG, dá origem a um banco de dados geoespacial, e a partir do mesmo foi possível fazer análises espaciais quantitativas e qualitativas com as informações produzidas em campo. Além de gerar mapas temáticos quando combinados com dados matriciais (imagens de satélites) e dados vetoriais (polígonos, pontos e linhas).

Para a classificação das subáreas do bairro, foram escolhidas três classes: a Vulnerabilidade baixa (de 1,0 a 2,5); a Vulnerabilidade média (de 2,6 a 3,9); e Vulnerabilidade Alta (4,0 a 5,0).

O uso dos Sistemas de Informações Geográficas combinado com a OSS, possibilitaram a investigação dos aspectos de vulnerabilidade social do conjunto residencial, elaborando indicadores que refletem o entendimento sobre a situação atual do território, que embora tenha um padrão arquitetônico na construção dos apartamentos e nas casas para pessoas com deficiência (PcD), possui diferenças no seu entorno físico e social, principalmente após a sua ocupação.

De acordo com o que foi observado e coletado em campo, um fator que contribui nessa diferença é o local de origem dos moradores. Muitos deles, segundo relato dos alunos (que são moradores também), vieram do bairro da Correnteza, porém existem pessoas que vieram de outros bairros e da zona rural do município. Portanto, são modos de vidas diferentes, onde a preocupação com a estrutura física das suas residências pode ter variações que podem representar o cuidado ou não, influenciando no comportamento e nas relações entre os moradores. A figura 25 a seguir mostra um mosaico das mudanças nas faixadas dos apartamentos realizadas pelos moradores.

Figura 25: Mudanças na fachada dos apartamentos e nas casas

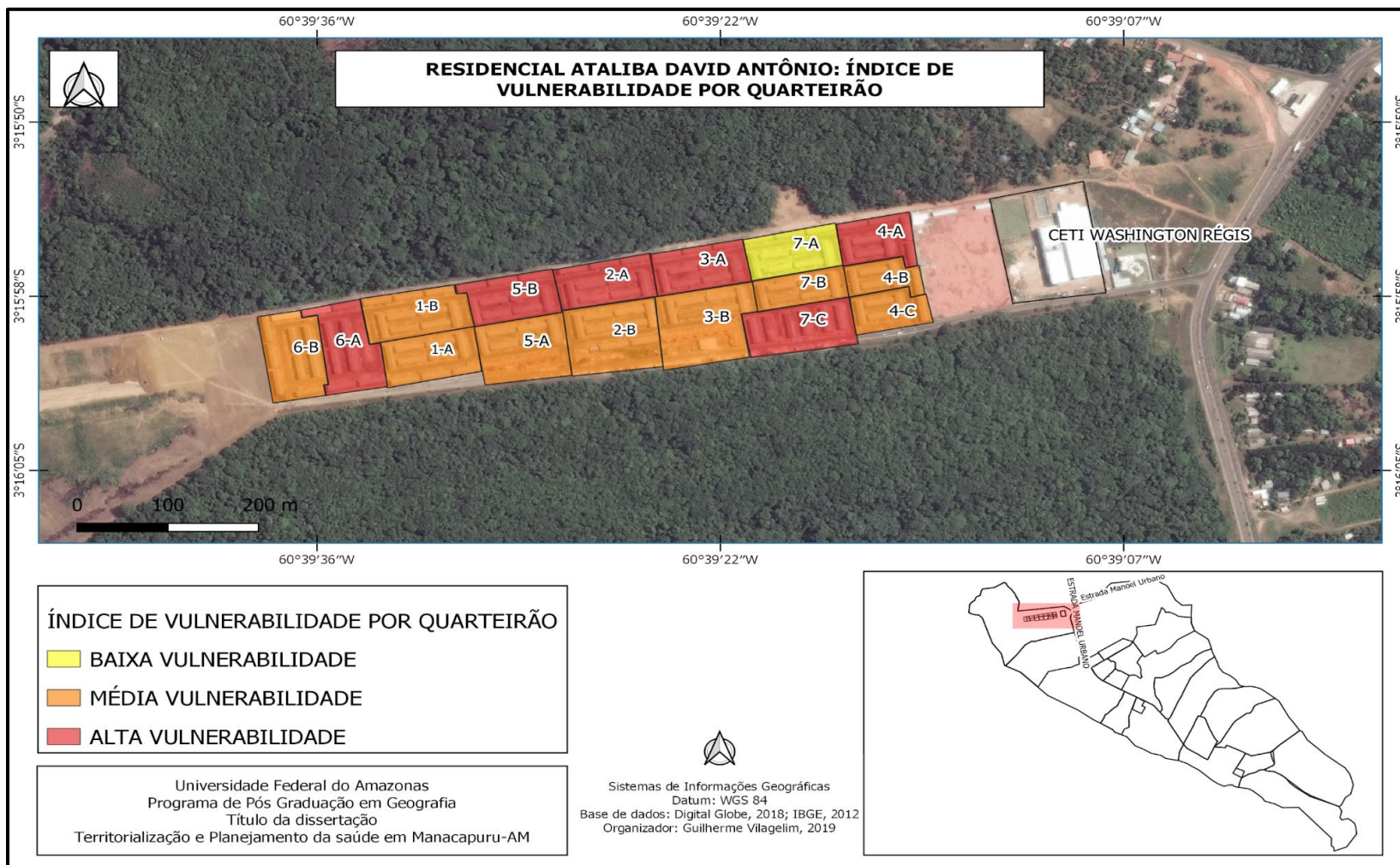


Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

Essas situações mostram, segundo Monken e Barcellos (2007, p.181), que a localização de populações em um território não é escolha das pessoas. Participam desse processo a história da ocupação e apropriação do território e as desigualdades sociais, que têm o efeito de juntar os semelhantes.

Com base nos dados, foi possível identificar que o residencial Ataliba possui 6 quarteirões com alto índice de vulnerabilidade social. Isso equivale a 37,5% da sua área total. Todavia foram identificados outros 9 quarteirões em média vulnerabilidade social, que equivale a 56,2% da sua área. E apenas 1 quarteirão (6,3%) foi identificado como de baixa vulnerabilidade social, conforme mostra o mapa da figura 26 a seguir.

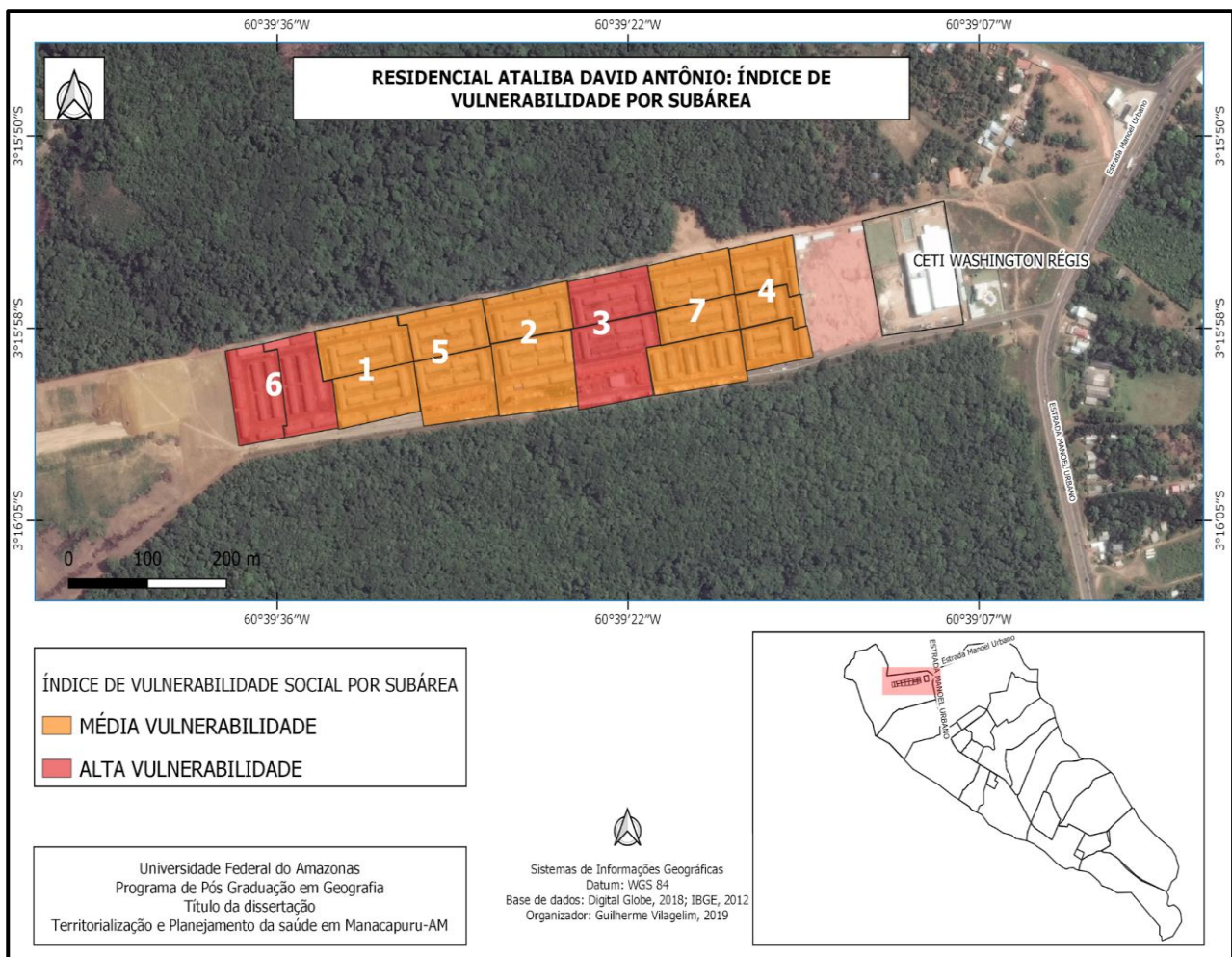
Figura 26: Índice de Vulnerabilidade Social por quarteirão



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

O mapeamento com uso do *software* livre QGIS 3.4, possibilitou a realização deste detalhamento das análises por quarteirão, identificando áreas de baixa vulnerabilidade e a quantidade significativa de quarteirões com o alto índice de vulnerabilidade social, quando comparado com o levantamento do índice por subárea que é resultante da somatória dos índices do quarteirão divididos pela quantidade de quarteirões da subárea, como mostra o mapa da figura 27 a seguir.

Figura 27: Índice de Vulnerabilidade Social por subárea



Organização: Guilherme Vilagelim, 2019

O IVS qualitativo levantado a partir do mapeamento, mostrou que das sete subáreas, duas estão com alto grau de vulnerabilidade social. E as outras cinco se encontram em média vulnerabilidade, mostrando a situação em que se encontra o território do conjunto Ataliba.

A combinação de tecnologias como SIG e OSS com as observações *in loco* mostraram a viabilidade para o desenvolvimento de estudos entre vulnerabilidade social e unidades de contextos. A identificação das relações entre esses dois elementos, podem contribuir para a eficácia dos serviços de básicos de saúde, visando o desenvolvimento territorial e a melhoria da qualidade de vida dos moradores.

O envolvimento dos alunos e dos professores nesse estudo foi a forma de estimular a interação entre a escola e a comunidade que a mesma está inserida, pelo fato de ser local de moradia dos alunos. Proporcionando a eles subsídios técnicos para compreender os principais problemas do bairro e propor soluções de impacto social para o conjunto.

Do ponto de vista educacional, a ferramenta OSS tem caráter multidisciplinar pois a construção dos diagnósticos envolve fundamentos da Geografia, da Matemática e de Informática. Além de inseri-los em atividades de pesquisas, apresentando as etapas básicas para o desenvolvimento de um estudo como: os levantamentos bibliográficos; pesquisa de campo; e análise das informações coletas.

A intensificação de atividades que envolvem escola e comunidade podem despertar no aluno o sentimento de ator social que pode contribuir para ajudar a mudar o meio em que vive. Além de estabelecer o vínculo com os setores de atenção à saúde fornecendo informações importantes para o planejamento das suas ações, como um Observatório da Comunidade.

A partir do preenchimento de dezesseis formulários numa manhã de trabalho de campo, e mais um dia para o processamento das informações, foram detectadas áreas de alta vulnerabilidade social que, futuramente, serão apresentadas na escola e devolvidas para comunidade para que possam ser transformadas em setores prioritários para as ações de saúde, proporcionando melhores condições de vida para os sujeitos que ocupam aquele território.

3.3. Escola: um Observatório de Saúde da Comunidade

De acordo com o estudo realizado, a escola pode ser importante produtor de informação sobre a dinâmica organizacional do território, possibilitando análises mais detalhadas sobre a sua situação de vulnerabilidade, fortalecendo as políticas locais

de saúde através do incentivo à participação comunitária e da articulação das ações de saúde em rede e tornando a escola um observatório de saúde pública

A proposta de Observatórios de saúde pública iniciou na França em 1974, com a necessidade de oferta de informações que permitisse a utilização direta para a formulação de políticas públicas, com ênfase na organização e sintetização dos dados já existentes no país. Essa proposta apresentou consideráveis avanços com o desenvolvimento de observatórios no Reino Unido, a partir de 1990, agregando conceitos de análise, crítica e intervenção nos objetivos dos Observatórios de Saúde Pública (HEMMINGS e WILKINSON, 2003).

Esses Observatórios costumam apresentar características em comum, como o fato de que são iniciativas em geral propostas e mantidas por pequeno grupo, envolvendo acadêmicos e profissionais, preservando autonomia em relação ao sistema de saúde. Apresentam informações sintetizadas, objetivas e atualizadas, obtidas com base em grande volume de dados para um público não necessariamente especializado (HEMMINGS e WILKINSON, 2003).

De acordo com as orientações do Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais (BRASIL, 2007), o território é o espaço de produção da vida e, portanto, da saúde, sendo este construído e constituído coletivamente. A saúde é produzida socialmente, portanto, é fundamental a garantia de espaços de trocas de experiências e de construção coletiva de saberes, tais como os Observatórios. A partir da participação ativa dos sujeitos em práticas cotidianas é possível vislumbrar escolas que formam cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida.

Para Pinto e Rocha (2016) os Observatórios de Saúde têm-se constituído em estratégias de ampliação e disponibilização de informações e evidências para a tomada de decisões no campo da saúde, incluindo as áreas de vigilância, promoção, atenção primária e gestão da educação em saúde.

A importância dos Observatórios não está apenas relacionada à qualidade da informação disponibilizada, mas também à possibilidade de produzir análises que permitam o monitoramento e a avaliação dos dados e suas tendências. Além disso, enquanto plataformas tecnológicas, os Observatórios permitem contínuas atualizações e facilitam a interação e colaboração entre os vários atores interessados.

Nesse contexto, a escola se configura como ambiente propício para construção de Observatórios de Saúde da Comunidade. O seu caráter centralizador, com a

função de atrair todos os moradores do entorno para as suas atividades, faz dela local de encontro comunitário, promovendo atividades que estimulam a participação social. A escola (enquanto setor educacional) tem facilidade de se relacionar com outros setores da gestão pública, como os de meio ambiente, segurança pública e de saúde, por exemplo, atuando nos dois eixos importantes para a construção de territórios saudáveis, a intersectorialidade e a participação social.

A escola ao instituir o Observatório, automaticamente, incorpora o tema saúde no seu projeto político-pedagógico. Lima *et al* (2012) acrescentam que a instituição passa a promover ações educativas em saúde que levam à reflexão sobre o que é ter vida saudável, abordando conteúdos que visem ao desenvolvimento integral da pessoa e a diminuição de vulnerabilidades, o que contribuirá para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

O objetivo desse instrumento segundo Lima *et al* (2012) é estabelecer práticas de saúde na escola que contribuam para a saúde dos sujeitos da comunidade escolar, alunas (os), professoras (es) e demais profissionais da escola, assim como seus familiares, por meio de monitoramento de indicadores de saúde e vulnerabilidade social, desenvolvendo estratégias de vigilância, promoção da saúde e construção de territórios saudáveis.

Os dados gerados a partir da Observação Social Sistemática nos mostraram o importante papel dos alunos e professores na construção do diagnóstico de situação de vulnerabilidade social do Conj. Ataliba David Antônio, operacionalizando metodologias que enriquecem o processo de ensino-aprendizagem e viabilizam a construção de espaços de diálogos interdisciplinares e intersectoriais para troca de experiências e saberes.

Os indicadores de Vulnerabilidade Social produzidos de forma participativa nesse estudo, são amostras da viabilidade do desenvolvimento de atividades de pesquisa de campo no âmbito escolar. Ainda que envolvam procedimentos metodológicos de fácil entendimento por parte dos alunos, esse processo de construção de conhecimento não é muito comum nas escolas de ensino fundamental e médio.

Um dos fatores que contribuem para esse déficit de pesquisas, está relacionado com o processo de formação docente. São poucos os professores que vivenciaram alguma experiência de pesquisa durante a sua graduação. Por conta desse pouco contato, a aplicação dos seus princípios educativos em sua maioria não

é estimulada. Outro fator é o tempo em sala de aula, muitos professores têm a sua “grade” lotada, impossibilitando o desenvolvimento de projetos de pesquisa com os alunos na escola.

Portanto, para criar Observatórios na escola, é preciso investir na formação docente voltada para a elaboração de projetos de pesquisa e dar condições para que os professores os desenvolvam, flexibilizando os horários e diminuindo a carga horária dentro de sala de aula.

Após o discussão e capacitação dos professores, eles poderão criar frentes de trabalhos para dar objetividade ao Observatório, iniciando com a discussão teórica dos problemas, seguido pela construção de diagnósticos de situação (disponibilizando dados relevantes) até chegar na intervenção (implementação de iniciativas de Promoção da Saúde) e na avaliação das ações (monitoramento de projetos e programas)

Além dessa parte operacional, a publicação das pesquisas realizadas e o compartilhamento das experiências vivenciadas são necessárias para atrair a participação de diferentes grupos sociais, que se preocupam com a saúde pública e podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades pessoais.

Essa análise em conjunto da situação de vulnerabilidade, nos mostrou a real possibilidade de atribuir à escola a prerrogativa de espaço de produção de conhecimento sobre saúde da área que está inserida, que a partir do entendimento da dinâmica organizacional do território, podendo com isso, detectar os problemas e as necessidades de saúde e agir de forma coletiva envolvendo a população no processo de mitigação.

Os Centros de Ensino de Tempo Integral, como a escola deste bairro, segundo a Secretaria de Estado de Educação (Amazonas, 2015) são referência em educação no estado. Nelas os alunos frequentam as aulas diariamente no período matutino e vespertino (contínuo) e tem acesso a inúmeros programas e recursos pedagógicos que contribuem na sua formação humana e cidadã. Além das disciplinas do ensino básico, o aluno tem acesso a refeições diárias e participa de atividades extracurriculares, que inclui reforço escolar e programas de formação aplicados em parceria com outras instituições. Portanto, a estrutura e a proposta de ensino são fatores que viabilizam a implantação de Observatórios de Saúde da Comunidade nessas escolas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de retomar a discussão de conceitos e técnicas se fez presente no primeiro capítulo deste estudo, para termos parâmetros de análise da gestão territorial da saúde, mostrando a aplicabilidade desta categoria geográfica nas ciências da saúde e evidenciando momentos importantes dessa apropriação como por exemplo, a reforma sanitária nos anos 70, a Constituição Federal Brasileira (CF/88) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Além de trazer o conceito de territórios saudáveis como novo variante de aproximação entre geografia e saúde.

O objetivo desta discussão inicial, todavia, foi de consolidar essa carga teórica-metodológica visando a diminuição dos riscos de reducionismo da complexidade territorial e analisar de forma plena a territorialização da saúde na cidade de Manacapuru.

Para tanto, antes de localizar em qual patamar de aplicação se encontra a categoria território nas ciências da saúde, é importante lembrar a sua origem, os seus principais autores e a sua importância no norteamento de indicadores. Realizando recortes não para criar dicotomias do termo, mas para compreender as especificidades da sua aplicação nos campos do saber envolvidos nesse estudo.

Além disso, deve-se também, ter como atividade rotineira a retomada dos conceitos básicos desta categoria bem como explorar a mutabilidade e a multiplicidade do território para ampliar o seu poder explicativo, possibilitando a interpretação da realidade em tempos de globalização fragmentada e de sociedades em rede. Ainda mais quando a cidade em estudo desempenha função urbana intermediária relevante, de responsabilidade territorial, na microrregião que está inserida, mostrando como os fluxos circulatórios das redes urbanas são importantes para caracterização dos sistemas locais de saúde.

Após essa introdução, foi possível construir o entendimento de como esta categoria de análise ganhou projeção neste campo do saber, possibilitando diálogos interdisciplinares entre a Geografia e Saúde, desencadeando novas variantes de aproximação, como por exemplo, os derivativos da categoria território e o conceito de territórios saudáveis (citado anteriormente) que visa o fortalecimento das políticas locais de base territorial em saúde.

Ao identificarmos como as territorialidades do município produzem impactos na organização dos serviços e na demanda de saúde da sua sede, expomos como a complexidade dos processos socioespaciais mantém influência no atendimento e podem ser importantes para o planejamento estratégico dos serviços básicos de saúde. Além destes, outro elemento importante na compreensão dos impactos, como foi citado anteriormente, é a função intermediária desta cidade média na rede urbana do médio Solimões, que de alguma forma, está intrinsecamente incluída como critério no processo de regionalização da saúde no Estado do Amazonas.

A revisão das categorias de análises, a compreensão das territorialidades do município e como a cidade se insere nelas, juntamente com os dados de setores censitários do IBGE e a delimitação dos territórios de estratégia de saúde da família fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru possibilitaram analisar o alinhamento da distribuição dos serviços básicos de saúde com as recomendações previstas na Política Nacional de Atenção Básica que passou por revisão recentemente, no ano de 2017, mostrando quantos habitantes existem em cada Território de Estratégia de Saúde da Família da cidade, o quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde necessários para garantir 100% da cobertura de atenção básica da população, os Territórios de Estratégia de Saúde da Família que precisam ser desmembrados, e a produção de informações para construir o perfil epidemiológico da cidade, diagnosticando o *status* da qualidade do seu acesso.

A partir das observações em campo e dos relatos dos profissionais de saúde do município, foi detectado grande fluxo de pessoas em direção ao Hospital Geral da cidade em busca de cuidados primários. Por conta disto, há uma sobrecarga dos serviços de média complexidade oferecidos neste estabelecimento não apenas para os munícipes de Manacapuru, mas para a população dos cinco municípios circunvizinhos (Anamã, Anori Beruri, Caapiranga, Novo Airão) que necessitam de atenção especializada.

A hipótese de alta prevalência de automedicação, ainda que seja um fator que foge do contexto geográfico, foi levantada devido ao número considerável de drogarias na área central da cidade. Segundo estudos como o de Gama (2016) que apontam fatores semelhantes aos que foram observados nesse estudo para caracterizar a automedicação na região do Médio Solimões. Entretanto, para a sua constatação seria necessário um estudo a parte, com mais elementos de análise, para que também, não ocorra reducionismos teóricos.

O que se pode afirmar, é que esses dois fatores “camuflaram” a ineficiência das nove UBSFs com mais de 3.500 pessoas nos seus respectivos territórios de abrangência, como por exemplo a UBSF Gaspar Fernandes localizada no bairro da Liberdade com 11.101 habitantes, constatando o excesso do limite populacional recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), e que, portanto, não terá condições de atender com eficiência toda a população adscrita caso não aumentem a quantidade de agentes comunitários de saúde e não construam novas unidades.

Acrescente-se, também, os novos conjuntos habitacionais, nos quais não foram construídas Unidades Básicas de Saúde da Família, não garantindo aos seus habitantes o acesso a cuidados primários em sua localidade. Portanto, há um déficit no número de UBSF na cidade, e as existentes estão distribuídas espacialmente de modo inadequado.

É recomendável que estes fatores sejam levados em consideração durante as tomadas de decisão e no planejamento das ações de saúde. De modo que o comportamento da gestão municipal de saúde, frente às demandas internas e externas do município, esteja alinhado ao seu ordenamento territorial, ao sentido pleno da territorialização da saúde e com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Durante o desenvolvimento deste estudo, foi demonstrado que a simetria entre saúde e os processos socioespaciais identificados no território, pode ser analisada por meio de instrumentos de pesquisa que caracterizem e elaborem indicadores sobre os atributos físicos e sociais da Unidade de Contexto, e estimule práticas participativas de investigação, como por exemplo, a Observação Social Sistemática, que foi utilizada para detectar áreas de alta Vulnerabilidade Social no Conjunto Ataliba David Antônio.

A descoberta da Observação Social Sistemática para estudos da saúde representa um grande avanço, que consolida a ideia de territorialização da saúde. É um método que apesar ter passado pela criminologia e a epidemiologia, tem muitos aspectos geográficos, porque se pretende observar o território, o que nos faz lembrar as descrições da geografia francesa que foram muito criticadas como sendo um conhecimento a-científico. Em verdade, perdemos a capacidade de observar e descrever para interpretar a realidade.

São poucos os trabalhos que usam esta metodologia no mundo, onde procuram relacionar como a vulnerabilidade social pode afetar a saúde da população. Não se tem registros de estudos dessa magnitude na região norte do país.

A partir dela, foram coletadas informações importantes para a territorialização e o planejamento da saúde básica no bairro Ataliba David Antônio, abrindo a possibilidade de replicar este método para as demais localidades da cidade. Todavia, esta ferramenta de análise territorial, proporcionou a escola a oportunidade de vivenciar pesquisas quali-quantitativas, mostrando na prática todas as etapas procedimentais para o seu desenvolvimento.

Há uma crítica importante quanto a forma de como esta metodologia foi usada neste trabalho. A Observação Social Sistemática é observação com critérios objetivos e quantificáveis. Entretanto, neste estudo, foi aplicada de forma qualitativa, pois estabeleceu critérios subjetivos adotando notas quanto ao grau de vulnerabilidade. Porém esta forma não desqualifica as observações e nem tampouco se afasta da realidade encontrada no bairro.

A unidade de contexto utilizada nesta pesquisa foram os quarteirões do bairro, todavia, isso não exclui a possibilidade de se analisarem as microáreas dos territórios de Estratégia de Saúde da Família para direcionar as ações e serviços de acordo com o grau de necessidade e demanda.

Essas experiências envolvendo os discentes e os professores, são formas de estimular o desenvolvimento de outros estudos de caso no bairro, tornando esta escola e qualquer outra, um polo produtor de dados primários sobre a situação de saúde da unidade de contexto que, elas também, fazem parte.

A participação social no processo de construção do conhecimento, seja ela na área da saúde ou quaisquer outras, é importante para tornar o indivíduo um protagonista no meio em que vive, além de proporcionar a interação dos saberes da ciência com outras esferas do conhecimento. Ressaltando também, a sua importância política, pois se torna um instrumento essencial para mudanças profundas e autônomas na sociedade, ao combinar investigação social, trabalho educacional e ação.

A criação de Observatórios de Saúde nas escolas de tempo integral dos municípios do Estado do Amazonas nos dá toda essa possibilidade de mudança, nos mostra um caminho para se promover ações educativas em saúde visando o desenvolvimento integral da comunidade escolar, identificando, diminuindo as

vulnerabilidades e contribuindo para a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Além de estruturar e capacitar a instituição para desenvolver indicadores de mensuração e monitoramento de saúde e vulnerabilidade social, estratégias de vigilância, promoção da saúde e construção de territórios saudáveis.

Esses direcionamentos mostram na prática que o fortalecimento das políticas locais de saúde se dá com aparato tecnológico, novos métodos de análise e participação comunitária.

Tudo isso mostra que a territorialização da saúde vai para além da organização dos serviços a partir de áreas delimitadas. “O território fala e precisa ser ouvido”, pois os seus processos, as suas dinâmicas e o seus habitantes possuem informações valiosíssimas para se alcançar a universalização, a equidade e a integralidade do sistema de saúde.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, Priscila. *Mobilidade Urbana Sustentável e polos geradores de viagens: análise da mobilidade não motorizada e do transporte público* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Uberlândia-MG, 2015. 327 p.

AMAZONAS. *Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde – PES– 2016-2019*. SUSAM/DPG. Governo do Estado do Amazonas. Manaus, s.d.

AMORIM, Antônio Ailson Cavalcante. *Terra Preta: a origem*. Manaus: Editora Valer, 2013. 182 p.

ANDRADE, Manuel Correa. Territorialidade, Desterritorialidade, Novas territorialidades: Limites do Poder Nacional e do Poder Local e o poder nacional In SANTOS M; SOUZA, M.A e SILVEIRA, M.L (orgs). *Território: Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec- ANPUR,1994. 172 p.

ANJOS, Larissa. *Acesso geográfico à saúde na Região Metropolitana de Manaus (RMM)*. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018. 202 p.

ATLAS BRASIL. *O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2012/>. Acesso em 26 de março de 2018.

BARATA, Rita Barradas Epidemiologia social. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, março de 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en&nrm=iso . Acesso em 06 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>.

BARCELLOS, Christovam; SABROZA, Paulo Chagastelles.; PEITER, Paulo; ROJAS, Luisa (2002) Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11(3): 129-138.

BEZERRA, Pedro Edson Leal. *Compartimentação morfotectônica do interflúvio Solimões-Negro*. Belém. Tese (Doutorado em Geologia e Geoquímica) -Centro de Geociências da Universidade Federal do Pará, 2003. 335 p.

BRASIL. *Orientações Técnicas da Vigilância Socioassistencial*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, s./d. 58 p.

CASTRO, Neftali García. Social vulnerability factors in the city of Acapulco, Guerrero, Mexico. In: *Investig. Geogr. Chile*, 53: 93-114, 2017. Disponível em:

<https://revistas.uchile.cl/index.php/IG/article/viewFile/44625/48949>. Acesso em: 25 de jan. 2019.

BRASIL. *Programa de Saúde da Família (PSF)*. Brasília: MS. 1994.

BRASIL. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Ministério da Saúde. Brasília: MS. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa agentes comunitários de saúde (PACS)*. Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. *As cartas da Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações em saúde/ redes assistenciais/ profissionais. *Tabelas geradas a partir dos dados CNES de Dezembro de 2018*.

Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def2010>. Acesso em 15 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BUSS, Paulo Macchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. p. 77-93

CAIAFFA, Waleska et al. Saúde Urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1785-1796, Dec. 2008. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 fev. 2019.

CASTELLS, Manuel; BORJA, Jordi. *As cidades como atores políticos*. São Paulo: *Novos estudos*, 1996. 166 p.

CHO, Yoon et al. Perceived neighborhood characteristics and the health of adult Koreans. *Soc. Sci. Med., Oxford*, v.60, n.6, 2005. p. 1285–1297.

DALLARI, Dalmo. *Elementos de Teoria Geral do Estado*, 33ª ed., São Paulo: Saraiva, 2015. 304 p.

DE SOUZA, Maria Salete. Meio ambiente urbano e saneamento básico. *Revista Mercator*, v.1, n. 1, 2009.

DIAS, Laila. Christina. *Redes, emergência e organização*. In: CASTRO, I. E; GOMES, P. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). *Geografia: conceitos e temas*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. p. 141-162.

DOS SANTOS, Mateus Casanova; ROSSONI, Eloah. Tecendo redes na construção de práticas ecológicas urbanas no território de uma unidade básica de saúde. *Boletim da Saúde de Porto Alegre*, Volume, v. 22, n. 1, 2008.

DUNN, Jeffrey, CUMMINS Susanna. *Placing health in context. Social Science & Medicine* 2007; 65(9):1821–1824 p.

FARIA, José Luiz.Guisard et al. Arborização de vias públicas do município de Jacareí-SP. *Revista da Sociedade Brasileira de Arborização Urbana*, v.2, n.4, 2007. 20-33 p.

FARIA, Rivaldo. A Territorialização Como Proposta Para Organização Da Atenção Primária À Saúde No Âmbito Do Sistema Único De Saúde (Sus): Análise De Uma Prática Geográfica Da Saúde. *Geografia, Unesp Rio Claro*, v. 37, n. 3, set./dez. 2012. 431-444 p.

FERREIRA, Taise Cristina Matias; SOUSA, Isaque dos Santos. A CONSTRUÇÃO CRÍTICA DE UMA CIDADANIA NO MUNICÍPIO DE MANACAPURU. VII Congresso Brasileiro de Geógrafos. Anais do VII CBG – ISBN: 978-85-98539-04-1. Vitória, 2014.

FIGUEIREDO, Vânia et al. O uso da Observação Social Sistemática e as Geotecnologias para análise de Vulnerabilidade Social no Bairro Lagoinha, Uberlândia-MG. *Hygeia.Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 14, 2018. 76-84 p.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREITAS, Eulilian Dias et al. Instrumento para condução de observação social sistemática: métodos e resultados da concordância interobservadores. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, v. 29, 2013. 2093-2104 p.

GALVÃO, Endi Lanza et al. Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. *Hygeia, Uberlândia*, v. 11, n. 20, jun. 2015. 32-44 p.

GAMA, Abel Santiago Muri. Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões Amazonas. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. 115 p.

GARCÍA CASTRO, Neffitali. VILLERÍAS SALINAS, Salvador. Condiciones de vulnerabilidad social en Ixtapa y Zihuatanejo (Guerrero), México. In: *Revista Geográfica Venezolana*, 58(2). 2017. 264-281 p. Disponível em: <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/3477/347753793002/6>. Acesso em: 25 de jan. 2019.

GEIST, Helmut; LAMBIN, Eric. *What Drives Tropical Deforestation? A Meta Analysis of Proximate and Underlying Causes of Deforestation Based on Subnational Case Study Evidence*. Louvain-la-Neuve (Belgium): Lucc International Project Office, Lucc Report Series no. 4. 2001

GEORGE, Pierre. *Os métodos da Geografia*. [Trad. Heloysa de Lima Dantas]. RJ: Difel, 1978. 7- 46 p.

GODIN, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: *A organização do sistema de saúde e a territorialização*. IN MIRANDA, A. C. et al. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. 237-255 p.

HAESBAERT, Rogério. *O mito da desterritorialização e as "regiões-rede"*. Anais do V Congresso Brasileiro de Geografia. AGB. Curitiba, 1994. 206-214 p.

HAESBAERT, Rogério. *Des-territorialização e Identidade: a rede "gaúcha" no Nordeste*. Niterói: EdUFF. 1997.

HAESBAERT, Rogério. *Da desterritorialização à multiterritorialidade*. Anais do IX Encontro Nacional da ANPUR. Vol. 3. Rio de Janeiro: ANPUR. 2001

HAESBAERT, Rogério. Le mythe de la déterritorialisation. *Géographies et Cultures* n.40. Paris: L'Harmattan, 2001.

HAESBAERT, Rogério. A multiterritorialidade do mundo e o exemplo da Al Qaeda. *Terra Livre* n. 7. São Paulo: Associação dos Geógrafos Brasileiros. 2002.

HAESBAERT Rogério. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: Lopes, L. e Bastos, L. (org.) *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado de Letras. 2002

HAESBAERT, Rogério. *O mito da desterritorialização: Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, Rogério. *Regional-Global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

HAESBAERT, Rogério. *Viver no limite: território e multi/ transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HARVEY, David. *A Justiça Social e a Cidade*. Tradução de: SILVA, A. C. da. São Paulo: Hucitec, 1980.

HEMMINGS Joe, WILKINSON Jason. What is a public health observatory? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:324-6 p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censo Demográfico de 2000*. Rio de Janeiro. Resultados do universo. Base de informações por setor censitário CD-ROM. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Mapa de Geomorfologia da Amazônia Legal - Escala 1:250.000*. Rio de Janeiro: Diretoria de Geociências, Março de 2009.

IBGE CIDADES. *Município de Manacapuru, 2016*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 09 Jun de 2018.

LA BLACHE, Vidal. *Princípios de Geografia Humana*. 2. ed. Lisboa: Edições Cosmos, 1954.

LA BLACHE, Vidal. *Tableau de la Géographie de la France*. Paris: Le Table Ronde, 1994.

LEFEBVRE, Henry. *The production of space*. Oxford, UK: Blackwell, 1994. 454p

LEFEBVRE, Henry. *O Direito à Cidade*. Tradução de: FRIAS, R. E. São Paulo: Centauro, 2001.

LIMA, Filipe Antunes. *Territórios de vulnerabilidade social: construção metodológica e aplicação em Uberlândia-MG*. 2016. 148 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

LIMA, Samuel do Carmo.; MAGALHÃES, M. A.; SANTOS, Flávia. de O. Território escolar, práticas e ações: promoção da saúde na escola. *Observatorium: Revista Eletrônica de Geografia*, v. 4, n. 12, 2012. 44-156 p. Disponível em : www.observatorium.ig.ufu.br/pdfs/4edicao/n12/08.pdf Acesso em: 19 dez 2018.

LIMA, Samuel do Carmo; MARQUES DA COSTA, E. (Org.) *Construindo Cidades Saudáveis*. Uberlândia: Assis, 2013.

LIMA, Samuel do Carmo. *Território e Promoção da Saúde: Perspectivas para a atenção primária à saúde*. Jundiaí: PACO editorial, 2016.

LINDZEY, Gardenr et al. Systematic observational methods. In: Lindzey G, Arouson E. *The handbook of social psychology*. Reading: Addison-Wesley, 1968. 357–421 p.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial.

Comunicação em Ciências da Saúde, [S.l.], v. 28, n. 02, 2018. 243-249 p. ISSN 1980-5101. Disponível em:

<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/245>. Acesso em: 05 dez 2018.

MARANDOLA, Eduardo; HOGAN, Daniel Josef. Vulnerabilidades e riscos: entre geografia e demografia. IN: *Revista Brasileira Estudos Populacionais*, v.22, ed.1,2005. 29-53 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.19-51 p.

MONKEN, Maurício. BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.3. 2005. 898-906 p.

MONTEIRO, Carlos Augusto; NAZÁRIO, Clarissa de Lacerda. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na infância na Cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 6. 2000. p. 13-8 p.

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde – OMS. *Municípios e Comunidades saudáveis: Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida*. Publicação 83 Científica da Divisão de Promoção e Proteção da Opas/OMS, 2002.

OLIVEIRA, Evangelina.Xavier Gouveia et al. Territórios do Sistema Único de Saúde mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p., mar./abr. 2004. 386-402 p.

OLIVEIRA, José Aldemir de; SCHOR, Tatiana. Urbanização na Amazônia: o local e o global. In: VAL, Adalberto.; SANTOS, Geraldo. (Orgs.). *Caderno de Debates*. Manaus: Grupo de Estudos Estratégicos Amazônicos / INPA, t. III 2010, 145 – 189 p.

PICKETT, Kate.; PEARL, Matthew. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J. Epidemiol. Community Health*, London, v. 55, n.2, 2001. 111–122 p.

PINTO, Luís Felipe. *Estratégias de integração e utilização de Bancos de Dados Nacionais para avaliação de Políticas de Saúde no Brasil* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 130 p.

PINTO, Luís Felipe; ROCHA, Cristiane Maria Fammer. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 21, n. 5. 2016. 1433 – 1448 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 5 fev 2019.

PINTO, Luís Felipe et al. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018, 1859-1870 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601859&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan 2019.

PROIETTI, Fernando et al. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [3], 2008. 469-482 p.

RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Editora Ática, 1993.

RAFFESTIN, Claude. *Pour une géographie du pouvoir*, Librairies techniques, 1980

RATZEL, Friederich. *Geografia do homem (Antropogeografia)*. In: MORAES, Antonio Carlos Robert de (Org.). Ratzel. São Paulo: Ática, 1990. 33-107 p.

RAUDENBUSH SW, SAMPSON RJ. Ecometrics: toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. *Sociol Methodol* 1999; 29:1-41 p.

REISS, Jennifer. Systematic observations of natural social phenomena. In: Costner H, editor. *Sociological methodology*. v. 3. San Francisco: Jossey-Bass; 1971. 3-33 p.

- SAMPSON, Robert et al. Assessing “neighborhood effects”: social processes and new directions in research. *Annu. Rev. Sociol.*, Califórnia, v. 28, 2002. 443–78 p.
- SANTOS, Flávia. Oliveira.; LIMA, Samuel do Carmo. *Promoção da Saúde com intersectorialidade e mobilização social*. Uberlândia: Aline Editora, 2017. 220 p.
- SANTOS, Milton. *Por uma Geografia Nova*. São Paulo: Hucitec; Edusp, 1978.
- SANTOS, Milton. *Espaço e Sociedade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1979.
- SANTOS, Milton. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel, 1985.
- SANTOS, Milton. *Metamorfoses do espaço habitado*. Paulo: Hucitec, 1988.
- SANTOS, Milton. *Técnica, espaço, tempo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, Milton. *A natureza do espaço*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SANTOS, Milton. Território e Dinheiros. In: *Território Territórios*. Niterói, RJ: Programa de Pós-Graduação em Geografia – PPGeo-UFF/AGB, 2002.
- SANTOS, Milton. *Por uma Geografia Nova: da crítica da geografia a uma Geografia Crítica*. 6. ed. São Paulo: Editora da USP, 2004.
- SANTOS, Milton. Territorio y movimientos sociales. *Debates*, Buenos Aires, *Observatório Social de América Latina*, CLACSO, ano 6, n. 16, jan.abr., 2005. 443–78 p.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 16. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.
- SAQUET, Marcos. *Abordagens e concepções de território*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- SCHOR, Tatiana; MARINHO, Tiago. Ciclos econômicos e periodização da rede urbana no Amazonas-Brasil as cidades Parintins e Itacoatiara de 1655 a 2010. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, n. 56, 2013. 229-258 p.
- SCHOR, Tatiana. et al. Apontamentos metodológicos sobre o estudo de cidades e de rede urbana no estado do Amazonas, Brasil. *Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, v. 9, n. 1, , jan. /Jun. 2016. 09-35 p.
- SEBRAE/AM. *Diagnóstico socioeconômico e cadastro empresarial no Município de Manacapuru*. Manaus. SEBRAE/AM. 1997. 75 p.
- SIAB. *Manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da

Comunidade,1998. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualSIAB2000.pdf> Acesso em 01 out 2018.

SILVA, Deborah Mota. da. Goma artesanal versus fécula industrial: substituição no consumo em Manacapuru - AM. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Amazonas, 2016. 160 p.

SIMÕES, João Miguel. Por uma cidade à medida do cidadão. In: LIMA, Samuel do Carmo; MARQUES DA COSTA, Eduarda (Orgs.). *Construindo Cidades saudáveis*. Uberlândia-MG: Assis;2013.

SOUZA, Marcelo Lopes de. *O desafio metropolitano: um estudo sobre a problemática sócio-espacial nas metrópoles brasileiras*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

SOUZA, Marcelo Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (Orgs.). *Geografia: conceitos e temas*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. 77-116 p.

SOUZA, Marcia São Pedro Leal. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v. 31, n. 1. 2016 111-120 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000414> . ISSN 1678-4464. Acesso em: 16 janeiro 2019.

STÜRMER, Arthur Breno; COSTA, Benhur Pinhós da. Território: aproximações a um conceito-chave da geografia. *Geografia, Ensino & Pesquisa*, Vol. 21, n.3, 2017, 50-60 p.

SUSSER, Mervyn.; SUSSER, Ellen. Choosing a future for epidemiology. I. Eras and paradigms. *Am J Public Health*, v 6, 1996; 86-73 p.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES; 2008.

TEIXEIRA, Carmem Fontes et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*, v 7, 1998.7-28 p.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública*, v 21 1987. 439-46 p.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo: Tese (Livre docência). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1995. 185 p.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Territorialização em Saúde. In: E. V. Mendes, org. *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

VIEIRA, da Silva et al. *Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador*. Bahia (mimeo). Instituto de Saúde Coletiva; 2007.

WALKER, Richard; HILLER, Joseff. Places and health: a qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. *Soc. Sci. Med. United Kingdom*, v.65, n.6, 2007.1154–1165 p.

WALTNER-TOEWS, David. *The end of medicine: the beginning of health*. Futures. 2000; 355 p.

WESTPHAL, Márcia; MENDES, Rosilda. *Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade*. RAP. Rio de Janeiro 34 (6), Nov/Dez, 2000. 47-61 p.

WERNECK, Guilherme Loureiro et al. Multilevel modelling of the incidence of visceral leishmaniasis in Teresinha, Brazil. *Epidemiol. Infect. Cambridge*, v.135, n.2, , 2007. 195-201 p.

WHO. World Health Organization. *The role of the pharmacist in self-care and self-medication*, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/> Acesso em: 12 jun 2018.

WHO. World Health Organization – *Regional Office for Europe*. 2015. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/home>. Acesso em 10 abr 2018.

WHITEHEAD, Margareth. *The concepts and principles of equity in health*. International Journal of Health Services, 22 (3), 1992. 429-445 p.

WILKINSON John. Public health observatories in England: recent transformations and continuing the legacy. *Cad Saúde Pública*, v 31. 2015. 269-76 p.

WILSON, J.Q.; KELLING, G.L.; Broken windows. In: DUNHAM R.G.; ALPERT G.P. *Critical Issues in Policing: Contemporary Readings*. Prospect Heights, Waveland Press Inc; 1989.

ZIBECHI, Raúl. *Territórios em resistência: cartografia política das periferias latino-americanas*. Rio de Janeiro: Consequência, 2019